DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LES

PÉRITONITES TUBERCULEUSES

GÉNÉRALISÉES ET LOCALISÉES

DU MÊME AUTEUR :

ENDOCARDITE VÉGÉTANTE A FORME INFECTIEUSE (*Lyon médical*, mars 1887).

CANCER DU CORPS THYROIDE AVEC CANCER SECONDAIRE DES MUSCLES SOLÉAIRES ET JUMEAUX (*Lyon médical*, juillet 1888).

FIBROME APONÉVROTIQUE DE L'OMBILIC (*Lyon médical*, décembre 1888).

ETUDE CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE DU CANCER PRIMITIF DU PANCRÉAS. Travail du laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté. En collaboration avec M. le docteur Bard, agrégé, médecin des hôpitaux, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté (*Revue de médecine*, 1888).

NOTE SUR UN SQUELETTE ATTEINT D'EXOSTOSES OSTÉOGÉNIQUES MULTIPLES (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, 1890, n° 39).

IMPRIMERIE NOUVELLE LYONNAISE, RUE FERRANDIÈRE, 52

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LES

PÉRITONITES TUBERCULEUSES

GÉNÉRALISÉES ET LOCALISÉES

PAR

LE DR ADRIEN PIC

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

PRÉPARATEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ





PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1890

PRÉFACE

Il y a quatre ans environ qu'un ancien élève de l'Ecole lyonnaise, M. le docteur Truc, aujourd'hui agrégé à la Faculté de Montpellier, consacrait dans sa thèse d'agrégation, *sur le traitement chirurgical des péritonites*, quelques pages à l'étude de l'intervention dans les péritonites tuberculeuses ; c'était pour ainsi dire la première fois que la question était abordée de front.

Les quelques observations qu'il rapporte étaient en effet dues au hasard, et c'est à peine si leurs auteurs avaient d'abord songé à les publier, dans la conviction qu'ils étaient d'avoir fait, en même temps qu'une erreur de diagnostic, une faute chirurgicale. Et cependant dans quelques cas, l'évènement vint détruire leurs appréhensions en apparence légitimes. Le cas de Spencer Wells, désormais historique, est le premier en date, puis viennent diverses observations de Naumann, Schmidt, Wade, Launois,

Kœnig, Jacobi, Létiévant; bref, onze opérations, dont neuf suivies de succès, constituent le bilan de la thèse de Truc; c'est à la connaissance de cette statistique minuscule que se réduisait l'état de la science, en 1886. Si peu nombreux fussent-ils, ces faits n'en étaient pas moins fort encourageants; et en effet, dès lors, les observations se sont multipliées avec une rapidité surprenante, nous allions dire effrayante. C'est dans les revues médicales d'Allemagne, d'Angleterre et d'Amérique qu'il faut chercher l'histoire de la vogue toujours croissante de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. En France, on attendit de connaître quelques résultats éloignés; MM. Tèdenat, Demons, Monod, Terrillon, les premiers, se lancèrent dans la voie tracée par leurs confrères d'Outre-Rhin. Cependant, aucun travail d'ensemble n'avait paru en France avant l'excellente thèse de Maurange (Paris, 1889), à laquelle nous renvoyons pour la plus grande partie de la bibliographie antérieure à cette date. Cette thèse contient l'analyse des soixante-et-onze observations connues en juillet 1889, et fournit tous les éléments d'une discussion approfondie. Depuis un an, toutefois, la question a fait plus de progrès qu'elle n'en avait fait dans les trois années précédentes; et n'y eût-il même rien eu de nouveau à l'étranger et dans le reste de la France, que notre travail ne serait pas inutile, s'il n'avait d'autre résultat que de faire connaître ce qui a été fait à Lyon.

Nous nous proposons donc, dans cette étude, après avoir rappelé sommairement ce qui a été publié

avant nous, de rapporter les faits dont nous avons été témoin, de comparer les résultats obtenus avec ceux que l'on a déjà fait connaître, et de voir s'ils concordent en tous points. Et ici, pour le dire immédiatement, le chapitre du manuel opératoire n'aura pour nous qu'une importance secondaire ; celui des indications et des contre-indications de l'intervention dominera toute cette étude.

S'il nous est permis d'aboutir à des conclusions nettes, ce n'est certes pas à notre faible expérience que nous en sommes redevable, mais aux conseils éclairés de notre maître, M. le professeur Poncet, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. C'est à lui que revient l'idée première de ce travail, c'est à lui qu'appartiennent la plupart des observations originales que nous publions; qu'il nous permette de lui dédier ce modeste travail, comme faible témoignage de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a prodiguée pendant tout le cours de nos études, soit à l'hôpital, pendant l'année où nous avons eu l'honneur d'être son interne, soit à la Faculté, au laboratoire de médecine opératoire, où il a bien voulu que nous remplissions les fonctions de préparateur.

M. le professeur agrégé Chandelux, à propos de notre chapitre relatif aux pelvipéritonites tuberculeuses, a mis à notre disposition ses importants documents ; il nous a communiqué les résultats de son expérience journalière, et nous a aidé de ses indications et de ses conseils ; qu'il veuille bien recevoir ici tous nos remerciements.

M. le professeur Bondet, durant tout le cours de nos études, nous a aidé de ses conseils, nous a accueilli toujours avec la plus grande bienveillance; il nous a permis de rechercher, parmi ses observations, celles qui nous intéressaient pour ce travail; enfin, il nous a fait l'honneur de vouloir bien faire partie du jury de notre thèse; nous le prions d'agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

M. le docteur Bard, agrégé, médecin des hopitaux, en nous permettant d'utiliser les nombreux documents anatomiques et cliniques de sa superbe collection d'observations recueillies à l'hôpital Saint-Pothin, a témoigné une fois de plus son obligeance à notre égard; il nous avait admis autrefois à l'honneur de signer avec lui un mémoire fait dans le laboratoire d'anatomie pathologique, dont M. le professeur R. Tripier et lui nous avaient généreusement ouvert les portes. Tous deux ont droit à notre gratitude.

M. le professeur Lépine, M. le professeur Teissier, M. le docteur Bouveret; nos anciens maîtres, MM. les docteurs Perret et Vinay; notre ancien collègue d'internat, M. Mouisset, médecin des hôpitaux; M. le docteur Rabot, médecin des hôpitaux, ont bien voulu, soit nous faire part de leur haute expérience clinique, soit nous communiquer des observations intéressantes; nous les en remercions sincèrement.

Nous avons mis largement à contribution l'inépuisable obligeance de nos collègues d'internat,

MM. Rivière, Audry, Doyon, Curtillet, en demandant aux uns des observations intéressantes, aux autres, des relations d'autopsie. MM. Courmont et Dor, par leurs connaissances bactériologiques ; MM. Dor et Fayard, par leur science des langues vivantes ; M. Bret, par sa compétence en histologie, nous ont rendu de précieux services. La dette de reconnaissance que nous avons ainsi contractée envers tous ces anciens collègues n'a fait qu'accroître à leur égard notre amitié et notre estime.

ESSAI

SUR LA

VALEUR DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LES

PÉRITONITES TUBERCULEUSES

GÉNÉRALISÉES ET LOCALISÉES

INTRODUCTION

Depuis les immortelles recherches de Bichat, reconnaissant à la séreuse péritonéale une individualité propre qui lui avait jusqu'alors été contestée, les multiples découvertes scientifiques de ce siècle n'ont fait que confirmer les idées contenues dans le *Traité des membranes* (1) et dans l'*Anatomie générale* (2). A l'étude de la structure et des propriétés spéciales du péritoine concoururent, dès lors, les histologistes Recklinghausen, Schweigger-Seidel, Ch. Robin, Bizzozero, les professeurs Ranvier et Renaut, Kœlliker, et les physiologistes Magendie, Cl. Bernard, Galvani, Vulpian et Laborde, entre autres. Il faudrait passer en revue les travaux de tous ces auteurs pour se rendre compte des propriétés normales et pathologiques de la séreuse péritonéale. Mais si, parmi ces propriétés, nous n'envi-

(1) Bichat. *Traité des membranes*. Paris, 1800, 1816.

(2) Bichat. *Anatomie générale*. Paris, 1801, 1819, 1821.

sageons, en particulier, que les plus importantes, au point de vue chirurgical, nous en trouvons tout d'abord deux essentielles : une grande facilité d'absorption (1), d'une part; une riche innervation (2), de l'autre.

De cette double propriété physiologique, découle, en pathologie, un double danger, dans les cas d'effraction de la cavité péritonéale : d'un côté le danger d'infection, de l'autre celui du schock.

Alors que les doctrines microbiennes étaient encore inconnues, on donnait au second de ces phénomènes une importance relative trop grande, et beaucoup de faits que l'on aurait autrefois rapportés au schock, doivent actuellement rentrer dans le cadre des septicémies suraiguës. Aussi Démosthène, de Bucharest, a-t-il pu dire, non sans quelque apparence de raison, au dernier Congrès de chirurgie (1889), que les nombreuses expériences des physiologistes ont constitué autant d'obstacles aux progrès de la chirurgie de péritoine. En réalité, cette opinion est fausse, la physiologie n'a fait que rendre les chirurgiens plus prudents à une époque où toute audace opératoire aurait pu, à juste titre, être taxée de coupable témérité. Au reste, s'il est vrai de dire que le mot de schock doive être employé avec une compréhension plus définie qu'autrefois, ce complexus symptomatique n'en existe pas moins.

(1) Dubar et Rémy. *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, 1882.

(2) L. Jullien. *Lyon médical*, 1872.

Les expériences de Goltz, de Vulpian, de Tarchanoff, de Richet et Reynier ont établi des faits indiscutables, qui trouvent leur application en pathologie, mais une application relativement restreinte. On ne niera pas l'existence du schock dans le cas de traumatismes violents, avec ou sans solution de continuité de la paroi abdominale, où dans le cas de ces grands ébranlements consécutifs à un accident de chemin de fer, à un éboulement ; mais dans les cas de morts survenues immédiatement à la suite des laparotomies, est-ce à un réflexe entraînant l'arrêt du cœur, qu'il faut attribuer la terminaison fatale, ou à un mécanisme plus complexe ? La question tend à être résolue dans le second sens.

Otto Von Herff (1), dans un récent mémoire sur les causes de la mort après la laparotomie, adopte la seconde opinion. Pour lui, toutes les morts rapides, sans péritonite, que l'on englobe ordinairement sous la rubrique de schock traumatique, sont dues à des lésions du cœur, des poumons ou des reins : Au cœur, dégénérescence graisseuse aiguë par suite de la prolongation de la chloroformisation, insuffisance cardiaque consécutive (utilité prophylactique de l'anesthésie mixte) ; aux poumons, des broncho-pneumonies dues, pour Zweifel, à l'action irritante des vapeurs chloroformiques ; pour Von Herff, à la déglutition de mucosités bucco-nasales infectieuses (utilité de la désinfection préalable de ces régions) ;

(1) Otto von Herff, ueber Todesursachen nach Laparotomien, *Berliner klin. Wochenschrift*, 1889, p. 1080.

les reins, enfin, peuvent être le siège de processus aigus dégénératifs d'ordre toxique, dûs à la fois au chloroforme et aux antiseptiques; processus qui d'ailleurs s'observent surtout dans les cas où les reins sont déjà malades ; de là découle l'indication d'employer plutôt l'éther chez les rénaux, et d'éviter avec soin le sublimé. L'anesthésie, en écartant le danger des réflexes péritonéaux, et en annihilant pour ainsi dire l'imminence du véritable schock, lui a donc substitué toute une série de phénomènes pathologiques ; mais ces inconvénients sont bien faibles, et pour les éviter il suffit de graduer les doses de l'anesthésique.

Reste le danger de l'infection.

Ce danger est d'autant plus à redouter, qu'en raison de sa structure même et de la mobilité des viscères qu'elle recouvre, la séreuse péritonéale est celle où l'extension des lésions est le plus rapide. La grande faculté d'absorption de cette séreuse est bien connue depuis les expériences de Vulpian, de Dubar et Rémy ; nous ne faisons que les signaler, pour insister sur les recherches plus récentes de Wegner (*Archives de Langenbeck*, vol. XX.), qui, dans ses *Remarques chirurgicales sur la cavité péritonéale*, citées par Kœnig (1), attribue à l'étendue de la surface péritonéale une grande importance, par ce fait qu'elle favorise beaucoup l'extension des processus infectieux, et donne au péritoine une grande puissance de résorption et de transsudation. Chez

(1) Kœnig, *Pathologie chirurgicale spéciale*, 1889.

le lapin, une quantité d'eau égale à 8 °/₀ du poids du corps, peut être résorbée en une heure, et si les appareils servant à assimiler et à éliminer le liquide absorbé travaillaient avec la même activité, le péritoine pourrait, en peu de temps, faire passer dans la circulation une quantité d'eau égale au poids du corps. Le fait ne s'explique qu'en partie par les phénomènes de diffusion entre le liquide, le sang et la lymphe ; une quantité moindre encore est absorbée par filtration, en vertu de la pression positive existant normalement dans la cavité abdominale. Par contre, l'auteur attribue dans la production de ce phénomène une grande importance à la pénétration directe du liquide dans les puits lymphatiques, d'où ce liquide arrive presque directement dans le canal thoracique et la veine innominée. Le diaphragme lui-même, par ses mouvements, joue le rôle d'une pompe aspirante et foulante, d'où pénétration de liquide et d'éléments figurés (qui peuvent être infectieux) dans le sang ; Wegner admet, en effet, la possibilité de pénétration de ces substances dans le sang, par l'intermédiaire des cellules migratrices. Enfin, les mouvements péristaltiques favorisent ces phénomènes, en répartissant le liquide sur une grande surface. Ainsi, en très peu de temps, des quantités considérables de liquides ou d'agents infectieux peuvent pénétrer dans la circulation. Dans ce dernier cas, en quelques heures, surviennent du collapsus, avec ou sans vomissements, de l'affaiblissement du pouls et la mort.

D'un autre côté, il est vrai, la nature a doué la

séreuse péritonéale d'une aptitude réactionnelle excessive, grâce à laquelle elle se défend jusqu'à un certain point, contre les agents irritants qui arrivent en contact avec elle.

Le phénomène est alors inverse de celui du schock, qui consiste en une suspension ou un arrêt brusque de la vie ; ici, au contraire, on observe une exagération extraordinaire de la vitalité de la séreuse, se manifestant par une production rapide de pseudo-membranes, tendant à entourer le corps étranger, à à l'enkyster en l'isolant du reste de la cavité péritonéale. Cependant, d'une part, ces barrièrespeuvent se rompre, ou d'autre part, si l'agent irritant est très infectieux, ou s'il est en trop grande masse, elles peuvent n'avoir pas le temps de se constituer avant l'infection générale de toute la séreuse et de l'économie tout entière.

Dans le premier cas, c'est la péritonite purulente localisée, enkystée ; dans le second, la péritonite septique, la septicémie péritonéale suraiguë ; c'est elle qui était autrefois la cause de mort habituelle après les interventions sur le péritoine.

C'est cette forme de septicémie qu'autrefois on prenait constamment pour du schock : à l'autopsie, on ne trouvait pas de trace de péritonite, ni de perforation intestinale, ni de rupture d'un abcès quelconque; on croyait alors à une sorte de paralysie nerveuse de nature mal déterminée. L'expérimentation, d'accord avec la clinique, montre que «ces cas, « dit Kœnig, doivent être considérés comme des « septicémies à marche suraiguë. La *matière pec-*

« *cante* arrive si rapidement dans le sang par l'in-
« termédiaire des voies lymphatiques, qu'elle n'a
« pas le temps d'agir comme un irritant local, et
« qu'elle produit seulement les symptômes généraux
« d'une septicémie mortelle. »

C'est contre l'infection locale que la méthode antiseptique nous a permis de lutter efficacement; *souvent* aussi, mais non toujours, elle a permis de prévenir la septicémie péritonéale. Seulement, comme nous l'avons vu plus haut, ces substances antiseptiques elles-mêmes, introduites dans une cavité absorbante comme le péritoine, peuvent provoquer de graves altérations viscérales. Aussi a-t-on cherché à en restreindre de plus en plus l'emploi, par une série de précautions destinées à ne mettre au contact des plaies que des substances vierges de tout germe. C'est à l'ensemble de ces précautions, c'est à cette méthode qui prévient *toujours* le mal et par conséquent le supprime, par opposition à l'autre qui combattait, et quelquefois à armes inégales, un mal qu'elle ne pouvait pas toujours prévenir; c'est à cette méthode, disons-nous, que l'on a donné le nom d'asepsie. Or, depuis quelques années, la chirurgie abdominale a plus que tout autre bénéficié du terrain de jour en jour plus considérable que l'asepsie a conquis sur l'antisepsie.

Suppression du choc traumatique par une anesthésie réglée, suppression de l'infection par l'application de la méthode aseptique, telles ont été les deux principales conquêtes de la chirurgie moderne, qui ont permis à la thérapeutique chirurgicale de faire ren-

trer dans son domaine nombre d'affections, qui, jusqu'à ces dernières années, étaient de celui de la médecine pure, et par conséquent, pour quelques unes d'entre elles du moins, traitées par la seule expectation, aidée de moyens insuffisants. Les péritonites sont de ce nombre, et parmi elles, la dernière venue est assurément la péritonite tuberculeuse. En effet, les préceptes d'Erasistrate et de Soranus dans l'antiquité; de Petit le fils, de Vacher, de Garangeot, de Ravaton, de David, au XVIIIe siècle, ne s'appliquent qu'à la péritonite purulente; c'est aussi des épanchements purulents, enkystés ou généralisés, d'origine intestinale, traumatique, ou puerpérale que s'occupent dans les deux premiers tiers de ce siècle, Chomel, J. Guérin, pour ne citer que les plus célèbres.

Quant à la péritonite tuberculeuse, nul n'en avait fait mention d'une façon spéciale, au point de vue de son traitement possible par une intervention avant la mémorable laparotomie que Spencer Wells, en 1862, pratiqua sur une jeune fille de vingt-quatre ans ; la croyant atteinte d'un kyste de l'ovaire, il lui ouvrit l'abdomen ; surpris de rencontrer une ascite avec un péritoine couvert de granulations, il s'empressa de refermer, après avoir évacué le liquide; quelle ne fut pas sa surprise de voir sa malade guérir après avoir présenté pendant les premiers jours des phénomènes de péritonite intense! La guérison s'est maintenue. La malade s'est mariée, n'a pas eu d'enfants, mais se portait encore bien l'année dernière. Quelques chirurgiens eurent des cas analogues à

celui de Spencer Wells. On eut alors l'idée de faire une incisiòn à titre palliatif, puis à titre curatif dans la péritonite tuberculeuse.

Dès 1886, Truc cherche à poser les indications et les contre-indications de la laparotomie, comme opération curative.

Dès lors, les observations se multiplient. Non seulement, tout comme autrefois, on opère encore par hasard des péritonites tuberculeuses, les prenant pour une tumeur intra péritonéale ; non seulement on ouvre quelquefois le ventre dans le cas d'ascite considérable, obéissant ainsi à une simple indication symptomatique, non seulement, les progrès de l'asepsie aidant, la laparotomie exploratrice, la *probe incision* des Allemands, pratiquée plus fréquemment, permet parfois de constater une tuberculose péritonéale, et cette intervention, d'une simple utilité diagnostique qu'elle avait, se trouve répondre à une indication thérapeutique ; mais encore, forts de l'expérience antérieure, forts des conclusions de la thèse de Truc, de nombreux chirurgiens, en Allemagne surtout, ainsi qu'en Angleterre et en France, attaquent de propos délibéré une péritonite tuberculeuse dûment diagnostiquée au préalable,

On trouvera le résumé de toutes les observations publiées avant le mois de juillet 1889, dans la thèse de Maurange, le seul travail d'ensemble réellement important paru jusqu'ici en France, sur l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse. Nous renvoyons nos lecteurs à cette thèse pour la plupart des détails bibliographiques anté-

rieurs à sa publication. En effet, en un an à peine, la question a fait relativement beaucoup de progrès ; nous ne ferons que rappeler ici, pour les analyser plus complètement au cours de notre étude, la communication d'un intérêt capital faite par le professeur Démosthène, de Bucharest, au Congrès de chirurgie de 1889 ; celles de Demons, de Labbé, etc., sur le même sujet ; les travaux et les communications de Vierordt, de Mikulicz, de Czerny, de Spæth, de Kümmell, de Waitz, de Kœnig, de Prochowniek, de Lindfors, de Lohlein, de Schmidt, Lebedeff, O'Callaghan, dans diverses revues ou sociétés savantes ; les communications de Kœnig, Subbatir, Kümmel, à la section de chirurgie du Congrès de Berlin ; les observations de Reynier, Bouilly, à la Société de chirurgie ; la récente clinique de M. Terrillon dans le *Bulletin médical*, la communication de Debove, à la Société médicale des hôpitaux, enfin la revue générale de Brühl, dans la *Gazette des Hôpitaux*, publiée alors que nous mettions la dernière main à ce travail.

Tels sont les principaux travaux parus sur la péritonite tuberculeuse généralisée ; mais si, au point de vue du diagnostic, la péritonite tuberculeuse chez la femme se confond souvent avec des affections du petit bassin, au point de vue du traitement nous ne croyons pas non plus pouvoir séparer de la péritonite tuberculeuse généralisée, la péritonite de même nature localisée au péritoine pelvien, c'est-à-dire la pelvi-péritonite, qui, comme la péritonite généralisée, a bénéficié des progrès récents de l'antisepsie

et de l'asepsie. En raison de ses rapports étroits avec la tuberculose des organes génitaux de la femme, nous ne pouvons omettre de dire ici que, pour présenter une étude complète de sa thérapeutique, nous avons dû mettre à contribution la plupart des auteurs qui se sont occupés de la tuberculose génitale chez la femme; parmi ceux-ci, nous nous contenterons de citer Brouardel, dont la thèse déjà ancienne (1865) est devenue classique; les ouvrages de Courty, Gallard, Olshausen, Hegar (Stuttgart, 1888); les thèses de Verchère, Derville, Monprofit, Daurios (1889); la thèse de Blanc, sur les inflammations péri-utérines chroniques (Lyon, 1887); la *Revue générale* de notre excellent maître et ami, M. Rochet, dans la *Province médicale* (Lyon, 15 décembre 1888); l'article de M. Chandelux dans le même journal; les travaux de Terrillon, de Cornil, de Krzywicki (1).

Enfin, notre but est, avant tout, d'exposer nos observations personnelles sur les questions multiples que soulève l'étude de la tuberculose du péritoine dans ses manifestations généralisées ou localisées. De l'étude détaillée de ces observations, jointe à l'étude plus succincte des observations antérieurement publiées, nous essaierons de dégager des indications et des contre-indications.

Et d'abord, une première question, nous semble-t-il, doit être résolue avant de juger de la valeur d'un traitement quelconque, c'est celle de savoir

(1) C. Von Krzywicki, neunundzwanzig Falle von Urogenitaltuberculose, *in Beitrage zur path. an. u. z. allg. path.* Iéna, 88, p. 295.

quelle est la marche normale de l'affection à laquelle il s'adresse. En d'autres termes, la péritonite tuberculeuse est-elle curable ? C'est à cette question que nous tenterons de répondre dans un premier chapitre, avec pièces justificatives à l'appui. Puis, à l'aide d'observations nombreuses, nous essayerons, dans un deuxième chapitre, de tracer un parallèle entre la marche de la péritonite traitée par l'expectation ou par les moyens médicaux et celle de la péritonite traitée par l'intervention chirurgicale.

De ce parallèle, nous nous efforcerons de conclure aux indications et contre-indications du traitement chirurgical et à sa valeur réelle. (Troisième chapitre.)

Dans un quatrième chapitre, nous exposerons les divers manuels opératoires, et en particulier celui que nous avons vu le plus souvent employé par nos maîtres ; nous indiquerons les accidents opératoires ou consécutifs, les moyens de les prévenir et de les traiter.

Dans un cinquième enfin, nous chercherons à déterminer quel peut être le mode d'action de la laparotomie simple sur l'évolution ultérieure de la péritonite tuberculeuse.

La seconde partie de notre travail sera consacrée à l'étude des péritonites tuberculeuses localisées, parmi lesquelles nous envisagerons surtout les pelvi-péritonites tuberculeuses, dont l'étude nous a semblé se rattacher assez directement à notre sujet pour que nous ne puissions pas nous dispenser de donner sur ce point aussi complètement qu'il nous a été possible de le faire, vu notre faible compétence, l'état actuel de la chirurgie gynécologique.

CHAPITRE PREMIER

Péritonites Tuberculeuses généralisées

CHAPITRE PREMIER

DE LA CURABILITÉ DES PÉRITONITES TUBERCULEUSES

Il nous a paru absolument logique, avant d'entrer dans la discussion relative à la valeur des divers traitements, de chercher à résoudre la question préalable, de savoir si la péritonite tuberculeuse peut guérir spontanément ou par un traitement médical.

La péritonite tuberculeuse est-elle curable ? Telle est la forme sous laquelle la plupart des auteurs ont formulé la question. Le problème ainsi posé, la

solution ne peut qu'être très obscure, contradictoire parfois. C'est, en effet, ce qui a eu lieu. Aussi nous semble-t-il rationnel, pour résoudre scientifiquement cette question préjudicielle de la curabilité de la tuberculose péritonéale, de nous demander sous quelles formes se présente cliniquement et anatomiquement l'affection qui nous occupe. S'il est une affection polymorphe entre toutes, c'est bien, en effet, la péritonite tuberculeuse. Cependant, ainsi que l'a montré Boulland (1), on peut diviser les formes de la péritonite tuberculeuse en trois grandes classes, formes miliaire aiguë, ulcéreuse et fibreuse ; c'est pour n'avoir pas tenu compte de ces distinctions capitales, ou pour avoir divisé seulement la péritonite tuberculeuse en forme ascitique et en forme sèche, que la plupart des chirurgiens qui se sont recemment occupés de la question n'ont pas abouti à des conclusions bien nettes. En rappelant les opinions émises par les différents auteurs sur la curabilité de la péritonite tuberculeuse, nous chercherons chaque fois à déterminer pour quelles proportions, dans chacune de leurs statistiques, est entrée l'une ou l'autre de ces formes. Puis nous ferons le même travail pour les observations encore inédites, et alors seulement nous pourrons peut-être conclure en connaissance de cause.

C'est en vain que dans les ouvrages de l'antiquité et des temps modernes, nous chercherions quelque

(1) Boulland, *de la Tuberculose du péritoine et des plèvres chez l'adulte, au point de vue du pronostic et du traitement.* Paris, 1885, nº 175.

indication sur la curabilité de la péritonite tuberculeuse ; jusqu'à notre siècle, les affections péritonéales ne sont notées que comme des trouvailles d'autopsie. Hippocrate fait à peine mention de la péritonite ; Démétrius, disciple d'Hérophile, ayant dit que dans certaines hydropisies, l'épanchement pourrait se faire entre le péritoine et l'intestin, est combattu par Cœlius Aurelianus : « On ne saurait, dit-il, donner, sans absurdité, le nom d'hydropiques à des malades dont la surabondance des humeurs n'est point partout manifeste. » (1)

Au XVIIe siècle, Bonet voit l'induration et l'épaississement de l'épiploon (2); Morton (3) et Baglivi (4) décrivent le carreau et non la péritonite. Morgagni, chez un jeune garçon mort de pleurésie double, trouve sur le péritoine des inégalités formées par des espèces de petits globules de grosseur et de formes différentes, et dans le ventre, de l'eau d'un jaune vert (5). Chez une jeune fille morte de fièvre hectique, il trouve des adhérences des anses intestinales et de l'épiploon, des corps saillants épars çà et là à la surface externe de l'utérus et de la vessie (6). Cullen (7) parle de l'inflammation du péritoine et de l'épi-

(1) *De morbis acutis et chronicis.* Ed. d'Amsterdam, 1732, p. 468.

(2) *Sepulcretum anatomicum*, t II, p. 882

(3) *Phtisiologia*, lib. I, cap. X

(4) *Opera omnia*, ed. rev. par Pinel. Paris, 1788.

(5) *Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies.* Trad. Destouet, Paris, 1855. Lettre XVI, 30.

(6) Morgagni, *loc. cit.* Lettre XVI, 30.

(7) *Eléments de médecine pratique*, trad. par Bosquillon, Paris, t. I, p. 271.

ploon, mais son traducteur Bosquillon ajoute qu'elle est toujours secondaire à une inflammation des autres viscères. Ainsi qu'on le verra dans l'excellent historique de la thèse de Tapret (1), à laquelle nous renvoyons pour plus de détails, c'est à Bichat, Laënnec et Bayle que remontent les premiers travaux démontrant réellement l'existence de la péritonite chronique. Désormais, les auteurs s'occupent de sa pathogémie : Louis (2), en France, J. Baron (3), en Angleterre, cherchent à démontrer la nature constamment tuberculeuse de la péritonite chronique. Pour ces auteurs, péritonite chronique et péritonite tuberculeuse sont synonymes. C'est aussi de la péritonite tuberculeuse que veut parler Grisolle (4) en disant que la péritonite chronique se termine presque nécessairement par la mort, puisque, sur douze cas qu'il étudie, il a trouvé onze fois des tubercules. Plus loin, il est vrai, il ajoute que « la péritonite chronique est curable, même lorsque la présence de tubercules dans les poumons indique que les mêmes produits existent très probablement dans le péritoine. »

(1) Tapret, *Etude clinique sur la péritonite chronique d'emblée*. Paris. 1878.

(2) Louis, *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur le développement de la phtisie*, 1re éd. Paris 1825.

(3) John Baron, *Recherches, observations et expériences sur le développement naturel et artificiel des maladies tuberculeuses*, trad. de M. V. Boivin. Paris 1825.

(4) *Traité élémentaire et pratique de pathologie interne*, par Grisolle. Paris 1857.

Pour Aran (1), la terminaison constante des affections du péritoine est la mort. Pour Villemin (2), la tuberculisation des séreuses guérit très bien, pour un certain temps du moins. Laveran et Teissier : « La maladie se termine presque invariablement par la mort... » Plus loin, ils ne citent que trois cas de guérison (3). Pour Lebert (4), des tubercules secondaires isolés et peu nombreux n'aggravent pas le pronostic de la phtisie ; mais la péritonite confirmée, primitive ou secondaire, est habituellement mortelle. Guéneau de Mussy (5) : « La péritonite tuberculeuse, comme les autres formes de la phymatose, se termine le plus souvent par la mort, mais, dans cette terminaison, l'affection du péritoine n'a souvent qu'une part secondaire, elle est, dans le plus grand nombre des cas, l'auxiliaire et comme l'appoint d'autres conditions morbides qui suffisent pour détruire la vie »... « Quand la péritonite tuberculeuse n'est point compliquée de lésions incompatibles avec la vie, elle peut guérir comme guérissent les affections tuberculeuses. » Pour Bucquoy (6) dans

(1) Aran, Clinique faite à l'hôpital Saint-Antoine. *De la péritonite chronique simple et tuberculeuse et des tubercules du péritoine. (Union médicale,* 1858, p. 373).

(2) Villemin, *Etudes sur la tuberculose*, 1868, p. 152.

(3) Laveran et Teissier, *pathologie et clinique médicales*, Paris 1883 et 1888.

(4) Lebert, *Traité clinique et pratique de la phtisie pulmonaire*, 1879.

(5) Guéneau de Mussy. *Clinique médicale*, 1875, t. ii, p. 51 et 52.

(6) Bucquoy, conférence clinique faite à l'hopital Cochin, *in Journal de med. et de chir. pratiques*, 1882, p. 200. Péritonite tuberculeuse ; curabilité et traitement.

la péritonite tuberculeuse, la thérapeutique (pointes de feu, collodion, iodure de potassium ; si l'ascite est trop abondante, ponctions) peut obtenir non seulement des améliorations de longue durée, mais encore des guérisons ; il ne cite, il faut bien le dire, qu'une observation, celle d'un garçon de 15 ans, auquel, en 1875, on faillit faire la thoracentèse pour une pleurésie simple, puis double, d'origine tuberculeuse ; puis survint une péritonite tuberculeuse avec ascite.

Un an après, l'ascite disparut, on sentait encore dans l'abdomen de grosses masses indurées ; plus tard, en 1882, ce jeune homme vivait de la vie commune des cultivateurs.

Bucquoy ajoute que pour que la guérison puisse se faire, il faut que les granulations soient étouffées par des produits inflammatoires développés sur la séreuse, il faut en outre, que le poumon ne présente pas de lésions trop avancées ; « d'ailleurs, dans la « péritonite des adolescents, qui est la plus fréquente, « les lésions pulmonaires sont généralement peu « marquées. La péritonite se montre ordinairement « comme une affection primitive, et Grisolle disait « même ne l'avoir jamais observée chez des sujets « tuberculeux. »

Pour MM. Siredey et Danlos (1), la péritonite tuberculeuse se termine habituellement par la mort, mais souvent le poumon, l'intestin et les méninges

(1) Siredey et Danlos, Art. péritonite. *Dic. de médecine et de chirurgie pratiques*, 1878, p 394.

n'y ont pas moins de part que le péritoine. Pour Dieulafoy (1) la mort est presque toujours la conséquence de la péritonite tuberculeuse ; toutefois, la guérison peut survenir lorsque le poumon reste indemne ou à peu près indemne.

Tandis que les auteurs précédents faisaient intervenir dans le pronostic l'influence des lésions étendues à d'autres organes, les suivants insistent surtout à ce point de vue, sur la forme de la tuberculose des séreuses.

Louis (2) : « Chez quelques sujets dont la maladie « a une marche très chronique, après d'assez lon- « gues souffrances du côté du ventre, les symptômes « de péritonite disparaissent et on n'observe plus « d'accidents que du côté de la poitrine. »

Fernet (3) à propos de la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë établit que « la péritonite et la pleurésie tuberculeuse peuvent quelquefois guérir. »

Delpeuch (4), après avoir posé en principe qu'il y a deux formes bien distinctes de péritonite tuberculeuse, une forme précoce et une forme tardive, tire de ses observations la conclusion que la péritonite tuberculeuse de la jeunesse est caractérisée par son identité clinique avec celle des enfants, par son diagnostic toujours facile (!), par son pronostic moins

(1) Dieulafoy. Paris, 1883, *Pathologie interne*, t. II, p. 369.

(2) Louis, *loc. cit.*

(3) Fernet, De la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë. *Bulletins et mémoires de la société médicale des hôpitaux*. Paris, 1884.

(4) Delpeuch. *Essai sur la péritonite tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte*. (Thèse de Paris, 1883.)

inexorable. Quant à la forme précoce, « son pronos-
« tic individuel n'est pas fatal, loin de là, elle guérit « souvent sans récidive locale, mais le terrain est « modifié, il est pour ainsi dire ensemencé pour une « nouvelle poussée tuberculeuse... ; *la guérison « d'une péritonite tuberculeuse est le plus souvent « suivie de phtisie pulmonaire.* »

En assimilant, au point de vue de la bénignité, la péritonite tuberculeuse des jeunes sujets à celle des enfants, Delpeuch se rappelait l'opinion de Hilton Fagge (1) : « Je suis décidément convaincu que chez les enfants, la péritonite tuberculeuse est susceptible, dans la grande majorité des cas, d'une guérison directe par les applications d'onguent mercuriel. »

Rilliet et Barthez (2) étaient d'une opinion diamétralement opposée : « la tuberculisation du péritoine, disent-ils, se termine toujours par la mort. » Pour d'Espine et Picot (3) elle est « presque toujours mortelle ». Pour Henoch (4) les péritonites chroniques qui guérissent, sont probablement simples et non tuberculeuses. Pour Baginsky (5) la péritonite tuberculeuse guérit quelquefois par les moyens hygiéniques et les ponctions.

Enfin, en 1885, Boulland (6), dans sa remarquable étude, précise la question et adopte une base de dis-

(1) *Guy's Hospital Reports*, t. XX, p. 208.

(2) Rilliet et Barthez, *maladies des enfants*, t. III, p 391.

(3) *Maladies de l'Enfance*, par D'Espine et Picot, 1884, p 585.

(4) Henoch, leçons cliniques sur les maladies des enfants, 1885.

(5) Baginsky, *Lehrbuch für Kinderkrankheiten*, Berlin 1889.

(6) Boulland, *loc. cit.*

cussion vraiment scientifique, en étudiant le pronostic de la péritonite tuberculeuse dans ses diverses formes, qu'il distingue, ainsi que nous l'avons déjà vu, en formes miliaire aiguë, ulcéreuse et fibreuse.

« La tuberculose aiguë de la plèvre et du péritoine « a une marche rapide, elle évolue habituellement « dans l'espace d'un mois; sa terminaison est pres« que toujours mortelle. En somme, le pronostic « est grave par la tendance de l'affection à se géné« raliser, par ses poussées successives et ses réci« dives; enfin, par une marche rapide qui ne donne « pas aux moyens thérapeutiques le temps d'agir.

« La tuberculose ulcéreuse aiguë du péritoine est « redoutable, non seulement par la cachexie qui en « est la cause, mais encore par les nombreuses com« plications auxquelles elle expose le malade. Le « pronostic ne se présente sous un aspect plus favo« rable que dans quelques épanchements enkystés « du péritoine; ces épanchements pourront rester « longtemps stationnaires, ou être traités efficace« ment s'ils s'ouvrent au dehors. »

Quant à la forme fibreuse « tout, dans ses symp« tômes, indique la tendance qu'ont les lésions vers « un processus réparateur. Cependant, dans quel« ques cas, la phlegmasie vire à l'hydropisie, en « raison de l'état cachectique du malade (1) », le malade meurt avec une ascite intarissable, de l'œdème, de l'hydrothorax, en un mot, toutes les manifestations de l'anasarque; ou bien une poussée

(1) Peter, *Leçons de clinique médicale*, t. II, p. 116.

granuleuse ou ulcéreuse termine la scène; quelquefois enfin, l'épanchement s'est résorbé, le travail fibro-formatif s'exagère, des brides nombreuses se forment qui peuvent amener des accidents d'occlusion intestinale ultimes. Quant à la phtisie pulmonaire, elle n'apparaît pas constamment et d'une façon pour ainsi dire fatale, mais au contraire sous des influences bien déterminées (surmenage, mauvaise hygiène, excès, etc.). Enfin le malade aura d'autant plus de chances d'échapper à la tuberculose pulmonaire qu'un plus grand intervalle se sera écoulé depuis sa péritonite. « Dans la tuber-
« culose lente, dit Peter, les accidents s'échelon-
« nent, l'affection fait trêve, et dans ces relâches
« plus ou moins prolongées, l'organisme peut répa-
« rer en partie les pertes qu'il a faites, et prendre
« de nouvelles forces pour résister à de nouveaux
« assauts ; il ne perd ainsi que peu à peu. D'ailleurs,
« pendant ces trêves de l'affection, la thérapeutique
« peut intervenir et soutenir plus efficacement les
« forces. » (1)

Dans la littérature allemande, nous n'avons pas trouvé de travail où cette différence de pronostic suivant les diverses formes cliniques fût aussi nettement indiquée. Vierordt (2) rappelle les opinions des principaux classiques allemands : Bauer (Manuel de Ziemssen) déclare que la péritonite tuberculeuse

(1) Peter, *loc. cit.*

(2) Vierordt. Tuberculose der serosen Haüten, *Zeitschrift für klin. Medizin.* Bd XIII, H. 2.

a, sans exception, une issue fatale; Strümpell dit que, dans certains cas, il se produit vraisemblablement une issue favorable, ou du moins une diminution très sensible des symptômes de la maladie; Eichhorst soutient, dans la dernière édition de son manuel, que la guérison est exclue, dans mainte forme de péritonite chronique (cancéreuse, tuberculeuse), par la nature même de la maladie; Jürgensen, dans son manuel récemment paru, se prononce pour une guérison impossible de cette maladie. Pour Vierordt, les rémissions sont très fréquentes dans la péritonite tuberculeuse; ces rémissions sont quelquefois assez longues pour en imposer pour une guérison complète; mais dans ces cas, le diagnostic a-t-il été juste? Vierordt pose cette question et reste hésitant sur la solution à adopter.

A Prague, Pribram (1) a publié un mémoire très important sur le traitement de la péritonite tuberculeuse, mémoire sur lequel nous devons revenir plusieurs fois au cours de cette étude; dans ce travail, Pribram, peu convaincu de l'opportunité de l'intervention chirurgicale préconisée par les chirurgiens allemands, estime que, dans bien des cas de péritonite tuberculeuse, une amélioration de longue durée peut être obtenue, et quelquefois même, dit-il, dans la clientèle privée spécialement, on peut avoir l'occasion d'observer ces améliorations pendant plu-

(1) Pribram, Ueber Therapie der Bauchfelltuberculose mit besonderer Berücksichtigung der Laparotomie, *Prager mediz. Wochenschrift*, 1887.

sieurs années. « Mais indépendamment, de ces cas « rares de guérison tout à fait spontanée (il en « cite notamment une observation tout à fait pro- « bante), je crois pouvoir dire que l'on n'est pas en- « tièrement désarmé en présence de ces cas où la « fièvre hectique a duré plusieurs semaines, lorsque « les forces du malade ne diminuent pas très vite, « que l'épanchement péritonéal reste stationnaire ou « augmente très peu. » Dans ces cas, s'il n'existe aucune ulcération de l'intestin, Pribram recommande un traitement méthodique : 1° combattre la fièvre hectique par l'antipyrine, à doses fractionnées ; 2° nourrir le malade avec des aliments légers, principalement avec des aliments adipogènes ; s'il n'existe pas de diarrhée, et que l'état général s'améliore, on peut essayer de provoquer une diurèse ; c'est alors à l'administration de l'*adonis vernalis* qu'il donnerait la préférence, à condition de ne pas le donner trop longtemps ; grande importance des frictions mercurielles. S'il y a une amélioration, transporter le malade dans un climat favorable, et surveiller l'hygiène.

Quelque importante que soit l'œuvre de Pribram, qui repose sur 165 autopsies de tuberculoses péritonéales, et sur plus de 30 observations cliniques, nous ne pouvons nous empêcher de regretter qu'il n'ait pas, pour plus de clarté, réparti en plusieurs classes ses observations, suivant les formes cliniques.

Nous ne ferons pas le même reproche à un mémoire publié en Suède, l'année dernière, par

Lindfors (1), qui distingue trois formes principales de péritonites tuberculeuses, les formes latentes, les formes aiguës : *a.* forme typhique ; — *b.* péritonite localisée ; — *c.* forme suppurée ; et les formes chroniques : *a.* épanchement libre ; — *b.* épanchement enkysté ; — *c.* forme adhésive, fibrino-plastique ; — *d.* forme adhésive, avec obstruction intestinale.

L'auteur reconnaît que la maladie peut s'améliorer spontanément par un traitement médical ; malheureusement, il ne précise pas les formes dans lesquelles cette amélioration peut être observée, et passe immédiatement à la statistique des cas qui ont été opérés.

Au reste, cette classification de Lindfors ne nous paraît pas très nette, et nous préférons de beaucoup celle de Boulland, d'après laquelle nous chercherons à classer les cas que nous avons personnellement observés ou recueillis dans des collections inédites. Toutefois, il nous paraît nécessaire de compliquer un peu, en apparence, pour la rendre plus claire en réalité, la classification de Boulland, reproduite par Spillmann et Ganzinotty (2), et de tenir compte de l'âge et du sexe. S'il est un fait évident, rappelé par Delpeuch dans sa thèse, c'est que chez l'enfant, la

(1) *Om tuberculosis peritonei med Sorskildt afscende pà diagnosi och operativ Behandling. Ett bidrag tell beckens Kirurgi;* of Dr Lindfors (Leind, 1889) : De la tuberculose péritonéale, spécialement au point de vue du diagnostic et du traitement opératoire. Contribution à l'étude de la chirurgie abdominale, par le docteur Lindfors. (Lemd, 1889.)

(2) Spillmann et Ganzinotty, art. Péritonites, *in dict. encyclopédique des Sciences médicales.*

péritonite ne fait guère acception de sexe ; il ajoute.., « et chez l'acolescent. » Ce mot ne précise pas assez ; nous dirons que : avant la puberté, les affections péritonéales sont identiques dans les deux sexes ; après la puberté, la question change de face, toute la pathologie de l'appareil génital de la femme ayant un grand retentissement sur la séreuse péritonéale. Nous chercherons donc à déterminer quelle est, dans chacune des formes anatomo-cliniques de Boulland, la proportion de guérison, suivant qu'il s'agit : *a*) de garçons au-dessous de 15 ans environ, ou de filles non réglées ; *b*) d'adultes, comprenant d'une part, les jeunes gens au-dessus de 15 ans et les hommes ; d'autre part, les jeunes filles, à menstruation établie, et les femmes.

En disant, d'après les auteurs qui nous ont précédé, que la marche de la tuberculose péritonéale chez l'enfant est la même, sauf de rares exceptions, qu'il s'agisse d'une petite fille ou d'un petit garçon, nous ne pouvons malheureusement nous appuyer sur notre expérience personnelle ; ayant recueilli nos observations sur ce sujet à la clinique des maladies des enfants de la Charité, qui ne comprend que des filles, nos documents sont forcément incomplets sur ce point. Toutefois, les observations d'affections pelvi-péritonitiques sont tellement exceptionnelles chez la petite fille, que, à notre avis, on peut admettre que, dans la généralité des cas, le sexe d'un enfant a peu d'influence sur la marche de la tuberculose dont il est atteint.

Quoi qu'il en soit, voici, succinctement résumés,

sous forme de tableau, les résultats de nos investigations dans la riche collection de notre regretté maître, le professeur Perroud, mise obligeamment à notre disposition par M. Perret, agrégé, chargé du cours de clinique des maladies des enfants.

TABLEAU A

STATISTIQUE DES PÉRITONITES TUBERCULEUSES TRAITÉES A LA CHARITÉ, CHEZ DES PETITES FILLES, DE 1873 A 1886

(Service de M. PERROUD)

NUMÉRO DE L'OBSERVATION	NOM de la MALADE	AGE de la malade	MENSTRUATION	TEMPÉRATURE	DURÉE de la MALADIE	Tuberculose pulmonaire degrés	Tuberculose pleurale	Tuberculose intestinale	Tuberculose mésentérique	Tuberculose méningée	Forme miliaire	Formes ulcéreuses		Formes fibreuses			Mort (1)	Aggravation	État stationnaire à la sortie	Amélioration	Guérison
												sèche	suppurée	Forme sèche	Forme ascitique généralisée	Forme ascitique enkystée					
1	Marguerite G..	10 1/2	non réglée		3 mois (?)	2e			1						1			1			
2	Virginie R.....	12	id.	fièvre hectique	1 mois (?)	2e		1	1			1							1		
3	Antoinette L...	13	id.		1 mois (?)										1				1		
4	Marie D.......	7 1/2	id.	apyrexie	1 mois (?)			1				1								1	
5	Sylvie B.......	2	id.					1						1							1
6	Françoise P....	14	id.		3 mois (?)	2e	1	1	1			1					a				
7	Joséphine P ...		id.												1						1
8	Eugénie R....	2	id.		3 semaines						1						a				
9	Berthe N......	9	id.		3 mois										1						1
10	Berthe T......	3 1/2	id.		2 mois		1		1			1					m				
11	Berthe M......	14 1/2	id.		1 mois										1					1	
12	Faustina D	4	id.		2 mois	3e						1					a				
13	Marie L.......	7	id.		4 mois	2e	1		1			1					a				
14	Reine P.......	12	id.		9 mois		1	1					1				a				
15	Marie M.......	14	id.		6 mois	1er							1							1	
16	Jeanne D......	4	id.		4 mois	2e	1							1			a				
17	Lucie D.......	7	id.		6 mois			1	1			1					a				
18	Marie J.......	12	id.		3 mois		1	1	1			1					a				
19	Marie R.......	10	id.		7 mois	(?)								1						1	
20	Antoinette G...	5	id.		4 mois.	1er						1							1		
21	Marie M.......	7	id.		10 mois	1er								1					1		
22	Eugénie B.....	12	id.	subfébrile		1er						(?)							1		
23	Claudine P.....	13	id.		7 mois	2e						1						1			
24	Jeanne L......				(?)		1								1					1	
25	Joséphine R...	12	id.			1er						1								1	
26	Anne B........	13 1/2	id.		10 mois	1er						1					a				

29	Marie R.......	9	id.		(?)	2e						1							1		
30	Rosalie P......	10 1/2	id.		(?)	3e	1		1						1		a				
31	Louise A......	15	id.		3 mois		1	(?)							1					1	
32	Marie G.......	12	id.		(?)			1				1					m				
33	Anna G........	3	id.		(?)	1er						1					a				
34	Thérèse C.....	8	id.		11 mois			1							1		m				
35	Marie M.......	7 1/2	id.		(?)										1					1	
36	Claudine G....	3	id.		1 mois										1					1	
37	Clémentine M..	14	id.		2 ans										1					1	
38	Joséphine C....		id.	normale	10 mois		1								1					1	
39	Virginie B.....	8	id.	subfébrile	6 mois							1							1		
40	Blanche S.....	8	id.		5 mois		1								1		m				
41	Louise G......	9	id.	subfébrile	2 mois				1						1					1	
42	Louise D......	9	id.		4 mois	2e							1				a				
43	Marie C.......	13	id.		3 mois	2e							1					1			
44	Marguerite T...	12 1/2	id.		9 mois	1er									1					1	
45	Louise G......	13 1/2	id.	subfébrile											1					1	
46	Julie M........	14	menstruation s'établit	grandes oscill.	17 mois			1	1				(?)				m				
47	Marie A.......	8	non réglée	nulle	2 mois				1					(?)						1	
48	Jeanne D......	13	réglée depuis 1 mois											(?)					1		
49	Joséphine R....	10 1/2	non réglée	subfébrile	1 an										1				1		
50	Marie B.......	14	id.		(?)	2e							1				a				
51	Henriette B....	9	id.	fébrile	3 mois		1						1				m				
52	Claudine D.....	3	id.	fièvre hectique									1				m				
53	Eugénie T.....	4	id.		1 mois	1er							1				m				
54	Joséphine B....	12	id.	grandes oscill.					1				(?)				m				
55	Annette B.....	15	réglée	grandes oscill.									1				m				
56	Marie T.......	5	non réglée	grandes oscill.											1				1		
57	Gabrielle D....	11	id.	fébrile		1er	1						(?)						1		
58	Lucie C.......	14	id.	grandes oscill.	4 mois						1							1			
59	Jeanne V......	11	id.	fébrile, oscill.									1					1			
60	Marie G.......	6	id.														a				
61	Julie B........	5	id.	subfébrile	6 mois										1					1	
62	Emilie S.......	12 1/2	id.	subfébrile	2 mois										1					1	
63	Philomène D...	8	id.	subfébrile									1							1	
64	Jeanne B......	11	id.		15 mois	1er								1						1	
65	Marie L.......	11	id.	subfébrile	5 mois							1								1	
66	Navarre C.....	8 1/2	id.	oscillation		2e							1				a				
67	Louise G	9	id.			3e	1						1				a				
67						27	14	12	12	.	2	19	17	7	21		27	5	11	21	3

(1) A la colonne des décès : a *signifie autopsie*, m *mort sans autopsie*.

De l'étude de ce tableau, il résulte que sur soixante-sept malades soignées à la Charité pour des péritonites tuberculeuses, il y a eu vingt-sept décès, cinq aggravations, onze états stationnaires, vingt-et-une améliorations et trois guérisons. Mais, suivant la remarque que nous avons formulée plus haut, afin de pouvoir, autant que possible, généraliser notre statistique aux enfants des deux sexes, il faut en éliminer les deux jeunes filles déjà réglées, dont l'une, le n° 48, Jeanne D..., 13 ans, réglée depuis un mois, fut atteinte d'une péritonite sèche (?), et mourut sans qu'on pût faire son autopsie. La seconde, n° 55, Annette B..., âgée de 15 ans, présenta une forme ulcéreuse suppurée, d'après l'examen clinique ; elle mourut également ; pas d'autopsie. La troisième, n° 46, Julie M..., âgée de 14 ans, eut au moment de l'établissement de sa menstruation une première poussée de péritonite à laquelle elle résista quelque temps pour succomber au bout d'un an ; elle présenta des symptômes de tuberculose intestinale et mésentérique et une forme ulcéreuse suppurée de tuberculose péritonéale ; morte sans autopsie. Ce sont donc trois décès à éliminer. En conséquence, sur soixante-quatre malades, enfants non réglées, nous avons eu vingt-quatre décès ; si l'on y ajoute, et nous croyons qu'on peut le faire sans hésiter, les cinq aggravations, on obtient vingt-neuf décès sur soixante-quatre, soit 45 °/₀ de décès ; mais sur les onze malades dont l'état est resté stationnaire, combien sont guéries ? évidemment quelques-unes ont succombé ; on peut donc dire que cette statis-

tique comporte au minimum 50 °/o de décès certains et à brève échéance ; 4 °/o seulement de guérisons certaines ; 32 °/o d'améliorations dont le résultat définitif est incertain ; 14 °/o de cas dont l'issue définitive est très douteuse. Mais ainsi présentées pêle-mêle, ces observations ne peuvent aboutir à aucune conclusion importante. Si, au contraire, on tient compte des sous-divisions que nous avons établies, on constate que les formes miliaires se sont terminées par la mort, que sur les dix-neuf formes ulcéreuses sèches, on compte neuf décès, une aggravation, cinq états stationnaires, quatre améliorations, aucune guérison ; que la forme ulcéreuse suppurée qui s'est présentée dans dix-sept cas, s'est terminée douze fois par la mort, deux fois par une aggravation manifeste, une fois par un état stationnaire à la sortie de la malade, deux fois par une amélioration et jamais par la guérison ; que la forme fibreuse sèche (sept cas) s'est terminée une fois par la mort, deux fois par un état stationnaire, trois fois par une amélioration et une fois par la guérison ; que la forme ascitique, enfin, qui s'est présentée dans vingt-et-un cas, a eu pour terminaison trois fois la mort, une fois une aggravation, trois fois un état stationnaire, douze fois une amélioration et deux fois la guérison totale. *Par conséquent, chez l'enfant, la péritonite à forme granulique entraîne la mort dans tous les cas, la péritonite tuberculeuse à forme ulcéreuse dans 66,66 °/o des cas* (la forme sèche 52,5 et la forme suppurée 82,37) ; *la péritonite tuberculeuse à forme fibreuse dans 17,8 °/o des cas* (forme sèche 14,28 °/o, et forme ascitique 19,05 °/o.

Enfin, on se rendra bien mieux compte du nombre de décès attribuables à chaque forme en particulier, en comparant les chiffres précédents à ceux qui expriment la fréquence respective de chacune d'elles, eu égard à la généralité des cas de péritonite tuberculeuse ; or, la forme fibreuse qui dans les trois quarts des cas est ascitique, se présente dans 12,42 °/₀ des cas de péritonite tuberculeuse ; la forme ulcéreuse dans 54,54 °/₀, et la forme miliaire dans 3,06 °/₀.

Après la forme miliaire, la forme ulcéreuse est donc la plus grave, et encore son pronostic est-il moins sombre dans cette statistique, par le fait que dans deux des cas notés comme amélioration celle-ci est due à l'ouverture à l'ombilic d'un abcès péritonéal ; la nature, dans ce cas, a fait ce qu'aurait dû faire plus tôt le bistouri du chirurgien, si la chirurgie abdominale eût été alors au point où elle en est aujourd'hui. Nous ne nous dissimulons pas que le nombre de décès que nous notons est un minimum ; il faudrait peut-être, croyons-nous, le porter à 60 ou 70 °/₀, pour avoir l'expression de la vérité ; mais, pour avoir une statistique parfaite, il faudrait avoir pu suivre les malades depuis près de vingt ans, ce qui est impossible dans le milieu hospitalier ; le service de M. Perroud est le seul à Lyon où nous ayons pu trouver des renseignements aussi complets.

Cependant, cherchant à nous rendre compte si notre assertion relative à l'égale gravité de la péritonite tuberculeuse avant la puberté dans l'un et l'autre sexe était fondée, nous avons demandé à

M. Rabot, médecin de la Charité, de vouloir bien nous communiquer les cas qu'il a pu observer dans ces deux dernières années, à défaut de collection d'observations plus anciennes ; il a eu l'obligeance de nous remettre le résumé de cinq cas observés à la salle Sainte-Aline, en 1888 et en 1889, chez des petits garçons de 3 ans 1/2 à 10 ans ; or, sur ces cinq cas il y a trois décès, une guérison, une amélioration ; *quantum licet parva componere magnis,* cette proportion se rapproche sensiblement de celle que nous avons déduite de notre série d'observations; nous avouerons toutefois qu'un nombre aussi restreint de faits ne suffit pas pour étayer une doctrine ; nous n'insisterons donc pas davantage.

Ici se pose une objection toute naturelle à laquelle nous devons immédiatement répondre ; les cas qui, dans notre statistique figurent avec la mention amélioration ou guérison, étaient-ils bien réellement des péritonites tuberculeuses ?

Nous répondrons qu'à défaut d'examen bacillaire, nous nous sommes appuyé sur un ensemble de symptômes qui laissent bien peu de prises à la critique, ainsi qu'on en jugera par la lecture des observations suivantes.

OBSERVATIONS DE PÉRITONITES TUBERCULEUSES

AMÉLIORÉES OU GUÉRIES

Recueillies à la Charité dans la collection de M. le docteur PERROUD.

(Les n^{os} des observations renvoient aux n^{os} correspondants du tableau A.)

OBSERVATION N° 1

Marguerite G..., 10 ans 1/2. Entrée le 24 février, sortie le 3 mai 1874. Tubercules mésentériques avec tympanisme considérable, un peu d'ascite, et accès de coliques très vives. Les douleurs disparaissent ainsi que le tympanisme, et la malade sort conservant de l'ascite, et en état d'amaigrissement et d'anémie très prononcé. Léger ramollissement des sommets. Amélioration de la péritonite. Tisane amère. Tisane de noix vomique. Bismuth.

OBSERVATION N° 4

Marie D..., 7 ans 1/2. Entrée le 7 juillet 1873, sortie le 23 août 1873. Scrofule ; un peu d'anémie ; un peu d'augmentation de volume du ventre avec diarrhée ; état général assez bon ; apyrexie. Amélioration. (Sirop d'iodure de fer. Décoction blanche).

OBSERVATION N° 5

Sylvie B..., 2 ans. Entrée le 14 décembre 1874. Sortie le 7 juin 1875. Diarrhée, entérite ; commencement de péritonite chez une petite fille un peu rachitique et mal constituée. Guérison. (Bismuth, lavements laudanisés).

OBSERVATION N° 7

Joséphine P..., Ascite considérable. Badigeonnages iodés et iodure de potassium à l'intérieur ; passage de grandes

quantités d'iode dans les urines. Appétit considérablement augmenté. L'ascite disparaît progressivement et la malade engraisse dans des proportions considérables.

Observation n° 9.

Berthe N..., 9 ans. Entrée le 17 janvier, sortie le 15 octobre 1877. Tuberculose abdominale, avec un peu d'ascite, et péritonite subaiguë; état anémique avec amaigrissement. Légère albuminurie. Tendance à la diarrhée. — Teinture d'iode. Bismuth. Iodure de potassium. Iodure de fer. — Début de la maladie trois mois avant son entrée. Amélioration à la sortie.

Le 15 novembre 1890, nous avons pu avoir des nouvelles de cette malade, nous avons su qu'elle se portait bien, et avait eu une enfant; nous n'avons pu savoir si cette enfant est actuellement vivante.

Observation n° 11

Berthe M..., 14 ans 1/2, dévideuse. Entrée le 9 juillet. Sortie le 20 juillet 1877, malade depuis quinze jours.

Péritonite tuberculeuse à allures chroniques; souffles anémiques, cardiaques et vasculaires; état général mauvais, mais non cachectique. Flot abdominal avec matité irrégulièrement déclive. Pas de douleurs; un peu de diarrhée. Amélioration légère.

Observation n° 15

(Résumé de l'observation III, in th. de Vacher.)

Marie M..., 14 ans. Entrée en 1877. Sortie le 30 juin 1877. Malade depuis trois semaines. Toux, anorexie, anasarque, diarrhée. Fièvre.

28 juin.—Diarrhée. Depuis quinze jours, suintement séro-purulent par l'ombilic. Induration péri-ombilicale; rougeur de la peau; ballonnement du ventre, un peu d'ascite. Râles fins dans tout le poumon droit.

29 juin. — Albumine dans les urines. Le suintement ombilical persiste ; diminution de la fièvre.

30 juin. — Persistance de la diarrhée ; un peu de toux. La malade sort avec une fistule purulente, plus de douleurs abdominales.

Observation n° 19.

Marie R..., 10 ans. Entrée le 13 mai. Sortie le 23 juin 1878. Signes de péritonite chronique à allures tuberculeuses. Signes physiques douteux du sommet gauche. Diarrhée fréquente. Amaigrissement et état cachectique.

Pas d'ascite. Début de la maladie au commencement de 1878. Iodure de potassium.

A la sortie, disparition de la diarrhée; ventre plus souple, non douloureux.

Nous avons appris que cette malade est morte, depuis sa sortie de la Charité ; l'amélioration n'a donc été que temporaire.

Observation n° 24

Jeanne L..., 11 ans 1/2. Entrée le 11 août 1879, sortie le 27 septembre 1879. Malade depuis 5 semaines. Péritonite tuberculeuse subaiguë avec épanchement ascitique ; prédominance des lésions à gauche ; épanchement pleural gauche secondaire. Fièvre, état général mauvais, toux ; alternatives de diarrhée et de constipation ; abdomen volumineux, douloureux ; flot très net.

Amélioration progressive : résorption des épanchements. Le ventre, à la sortie de la malade, est consolidé et dur ; dureté surtout dans le flanc et la région hypochondriaque gauche. Ombilic un peu rouge et saillant. Légère rétraction thoracique gauche. avec submatité diminuant progressivement.

Observation n° 25

Joséphine R..., 12 ans. Entrée le 10 novembre 1879, sortie le 10 février 1879. Péritonite tuberculeuse chez une jeune fille portant des traces d'adénite sous-maxillaire suppurée et une teinte bistre des téguments; pleurésie sèche des deux bases, surtout à droite ; peu de contractilité du diaphragme. Signes légers de tuberculose des sommets.

Début de la maladie, il y a plusieurs semaines ; actuellement, ventre volumineux, douloureux à la pression et spontanément ; diarrhée, amaigrissement. Signes d'induration du sommet gauche. Amélioration.

Observation n° 28

Marie R..., 14 ans. Entrée le 14 février, sortie le 28 mars 1880. Père et mère, morts de refroidissement (?)

Début de la maladie, il y a 3 ou 4 mois ; actuellement, péritonite tuberculeuse ; ventre volumineux, dur, douloureux avec fièvre ; amaigrissement ; état de cachexie commençante. Amélioration.

Observation n° 31

Louise A..., 15 ans. Entrée le 25 avril, sortie le 26 juin 1881. Péritonite tuberculeuse avec ascite ; pleurésie double par propagation avec épanchements, surtout à gauche. Fièvre, vomissements opiniâtres, amaigrissement, diarrhée.

Début de la maladie, il y a un mois. Amélioration.

Observation n° 35

Marie M..., 7 ans 5 mois. Entrée le 21 avril, sortie le 11 septembre 1881. Ascite par tuberculose abdominale probable. Ventre un peu douloureux. Etat général mauvais. Quelques petites tumeurs marronnées perceptibles à la palpation. Rien aux poumons.

Amélioration.

Ce qui, dans ce cas, confirme le diagnostic de M. Perroud, c'est que cette jeune fille vient d'être traitée il y a quelques jours (novembre 1890), à la salle Saint-Paul (où elle occupait le n° 2, dans le service de M. Pollosson), pour une ostéite tuberculeuse du maxillaire inférieur. Comme elle ne se plaignait pas de son ventre, on ne l'a malheureusement pas examiné. Nous devons ces renseignements à l'obligeance de notre ami, M. Chaix, interne du service.

Observation n° 36

Claudine G..., 3 ans. Entrée le 4 mars, sortie le 26 mars 1882. Péritonite subaiguë avec épanchement ascitique assez abondant. Ulcérations diphtéroïdes vers le sacrum, guéries par l'iodoforme. Rougeole intercurrente contractée dans le service,

Début il y a 15 jours par du ballonnement du ventre, des douleurs, de la toux, de la constipation, des vomissements.

A la sortie, amélioration de la péritonite. La malade passe dans le service des morbilleux.

Observation n° 37

Clémentine M..., 14 ans. Entrée le 20 octobre 1882, sortie le 17 décembre 1882. Vieille péritonite tuberculeuse; il y a deux ans, épanchement abondant avec œdème des membres inférieurs. Actuellement, pas de sensation de flot; des adhérences péritonéales immobilisent la paroi abdominale antérieure. Rate très volumineuse. Albuminurie. Amaigrissement sans lésions pulmonaires. Diarrhée et urticaire intercurrentes. Amélioration.

Observation N° 38

Péritonite tuberculeuse avec épanchement et tumeurs. Pleurésie par propagation, plusieurs poussées aiguës intercurrentes. Scarlatine contractée dans le service, n'ayant pas aggravé la lésion péritonéale.

Joséphine C..., Entrée le 3 avril 1882, sortie le 4 juin 1883.

Début le 20 mars, par de la fièvre. A l'entrée, le ventre est douloureux, dur, la malade vomit. La température, élevée au début, devient normale.

11 août. Sort bien améliorée ; pas de fièvre ; état général assez bon ; pas de liquide péritonéal, mais encore des tumeurs avec adhérences du péritoine ; constipation habituelle alternant quelquefois avec de la diarrhée ; de temps à autre, quelques poussées de péritonite localisée.

Amélioration. — Traitement : Collodion, liqueur de Fowler, iodure de potassium ; et traitement symptomatique : calomel, eau de Sedlitz, scammonée, lavements.

Observation N° 41

Louise G..., 9 ans. Entrée le 11 mai, sortie le 19 juin 1882. Ascite par péritonite subaiguë tuberculeuse, état subfébrile.

Début il y a un mois, par de la toux, de l'augmentation de volume et des douleurs de l'abdomen. — Iodure de potassium. Scarlatine intercurrente contractée dans le service ; passe aux scarlatineux.

Amélioration de la péritonite.

Observation n° 44

Péritonite tuberculeuse avec épanchement abondant ; peu ou pas de fièvre ni de douleur ; matité en damier, sans tumeurs appréciables.

Marguerite T..., née à Lyon, 12 ans 1/2. Entrée le 16 mars 1883, sortie le 4 août 1883. *Amélioration.*

Pas d'antécédents héréditaires.

Début, il y a quatre mois, par augmentation de volume du ventre, sans douleur ; à l'ombilic, périmètre de 75 cent. 1/2 ; à 10 centimètres au-dessous, 75 ; à 10 centimètres au-dessus, 73 ; fluctuation nette, dilatation veineuse, matité dans la fosse filiaque gauche, sonorité à droite ; à la palpation, masses dures dans l'abdomen. Aux poumons, à

droite et en arrière, un peu d'expiration prolongée et de retentissement de la voix. Appétit et digestion convenables. Pas de fièvre. Matité hépatique normale.

9 avril. — Circonférence ombilicale, 81 centimètres. Diarrhée. Etat général médiocre.

22 avril. — Circonférence ombilicale, 75 centimètres. Persistance de la matité en damier. — IK.

24 avril. — Rougeur cutanée péri-ombilicale. Le ventre paraît diminuer. Amaigrissement.

8 juin. — Périmètre, 75 centimètres au niveau de l'ombilic. Pas de fièvre. IK,0 gr. 50. Etat général assez bon.

17 juillet. — Bon état général. Mensuration du ventre, 76 centimètres.

4 août. — Mensuration du ventre, 81 centimètres. La malade sort. Etat général assez bon.

Observation n° 45

Péritonite tuberculeuse avec ascite, adhérences multiples péritonéales, et masses caséeuses. Douleurs peu aiguës et état général assez bon, fièvre modérée. Grande amélioration du péritoine. Localisation sur le genou droit : hydarthrose, puis lésion osseuse. (Passe en chirurgie.) Amélioration.

Louise G..., née à Donnemin, demeurant à Lyon, dévideuse depuis trois ans, âgée de 13 ans 1/2 ; entrée le 6 août 1883, sortie le 19 janvier 1884. (Salle Saint-Ferdinand, n° 19.)

Augmentation de volume du ventre, fluctuation, matité en damier. Diminution de l'appétit, constipation.

Sp. iodure de fer ; vin de quinquina. Teinture d'iode.

10 août. — Les urines contiennent de l'iode.

Etat général bon, apyrexie.

23 novembre. — Ventre moins volumineux, empâté surtout dans le flanc gauche ; l'ascite a disparu. Rien dans les poumons. Etat général excellent.

19 janvier. — Passe en chirurgie, parce que le genou est

tuméfié, douloureux consécutivement à de l'hydarthrose qui s'était produite les jours précédents.

Etat général bon. Ventre un peu empâté et médiocrement douloureux à la pression.

(Circonférence ombilicale, 69 centimètres, à l'entrée ; 75 centimètres en octobre.)

Observation n° 47

Péritonite tuberculeuse avec masses caséeuses très sensibles. Adhérences nombreuses : état général mauvais. Peu de fièvre. Matité en damier. S'est très peu améliorée quant à l'état général ; mieux quant à l'état local.

Marie A..., née à Lyon, y demeurant, âgée de 8 ans. Entrée le 11 juin 1883, salle Saint-Ferdinand, n° 4, sortie le 22 juillet 1883.

Depuis un mois, augmentation rapide de volume du ventre, perte de l'appétit. Actuellement, le ventre mesure 21 cent. 1/2 de l'appendice xiphoïde à la symphyse; circonférence de 66 centimètres au niveau de l'ombilic. Anses intestinales fixées. Matité en damier à droite; à gauche, matité bien moins accusée. Région péri-ombilicale rouge. Fonctions digestives bonnes, pas de diarrhée. IK 0 gr. 50.

21 juillet. — Apyrexie. Etat général très bon. Ventre volumineux. Pas d'épanchement, mais persistance de plusieurs tumeurs marronnées de la grosseur d'une orange.

22 juillet — La malade est très améliorée au point de vue de l'état général.

26 juillet — La malade a le ventre à peu près dans le même état. Pas de fièvre. Etat général bon. Ventre volumineux, dur, peu douloureux, sans fluctuations. Matité en damier. Vin de quinquina. IK 0 gr. 50.

14 août. — L'état de l'abdomen se modifie peu. On sent toujours des masses volumineuses à droite de l'ombilic. Etat général très bon. La malade mange, se lève, s'amuse.

9 septembre. — La malade sort. Etat général bon. Même état de l'abdomen.

Observation n° 61.

Péritonite tuberculeuse. Quantité assez considérable de liquide dans le péritoine, sans douleur. Etat général mauvais. Peu de fièvre.— Amélioration.

Julie B..., née à Villeurbanne, âgée de 5 ans, entrée le 9 avril 1885, sortie le 23 avril 1885, salle Saint-Ferdinand, n° 6.

Antécédents tuberculeux, héréditaires et collatéraux.

Bronchite grave à 18 mois. Depuis novembre 1884, constamment malade : coqueluche, convulsions, variole.

Actuellement, pas de toux ; inappétence ; alternatives de diarrhée et de constipation ; pas de fièvre. Ventre a pris depuis 8 à 10 jours volume anormal ; sensation de flot.

24 avril. — Etat général amélioré. Apyrexie complète. Le ventre a diminué, il est indolent, mais la fluctuation persiste. Fonctions digestives très bonnes. La malade est sortie, la veille, emmenée par ses parents.

1er mai. — La malade rentre : le ventre a notablement augmenté ; il est indolore, mat, fluctuant, la matité se déplace. Fonctions digestives bonnes. — Rien à l'auscultation. IK 0 gr. 50. Circonférence au niveau de l'ombilic, 0m60.

8 juin. — Dyspnée. — Ventre très volumineux, nettement fluctuant.

11 juin.— Circonférence abdominale 0m68. Matité étendue. Dyspnée.

13 juin. — Ponction ; issue de 1 litre de liquide clair, très visqueux, citrin.

23 juin. — Depuis 8 jours, tuméfaction et rougeur douloureuse de la région ombilicale.

29 juin. — Le gonflement œdémateux de l'hypogastre a disparu ; la rougeur de l'ombilic persiste ; le liquide abdominal paraît diminuer. L'état général est bien meilleur. Le ventre n'est plus douloureux, il a repris son volume normal.

Encore un peu de submatité dans les parties déclives. Bon appétit.

1er août. — La malade sort, le ventre souple, indolent; plus de liquide. Etat général meilleur. La température qui du 13 au 30 juin oscillait entre 38° et 39°,5 est devenue normale.

Observation n° 62.

Péritonite tuberculeuse; épanchement péritonéal assez abondant; pas d'albuminurie. Amélioration considérable. — Scarlatine intercurrente contractée dans la salle : passe aux scarlatineux.

S..., Emilie, née à Lyon, demeurant à l'hospice des sœurs Saint-Charles; âgée de 12 ans 1/2, entrée le 15 décembre 1885, sortie le 4 janvier 1886.

Antécédents inconnus.

A six ans, affection indéterminée; depuis, toux l'hiver. Début il y a trois semaines par douleurs abdominales sourdes et ballonnement du ventre; pas de vomissements, zones de matité fixes. sensation de flot. Diarrhée. — T. R. oscillant entre 38° et 39°, à maxima vespéraux. — IK 0 gr. 50 avec sirop diacode, 20 gr. De temps à autre, vomissements.

22 octobre. — T. R., matin, 38° 1; soir, 39° 2; le ventre a notablement diminué.

4 janvier. — Scarlatine.

Observation N° 63

(Observation IV de la th. de Vacher).

Philomène D.., 8 ans, salle Saint-Ferdinand, 17-*bis*. — Péritonite tuberculeuse. — Ouverture spontanée au niveau de l'ombilic. — Issue de lombrics, de pus et de matières fécales.

Malade depuis trois mois; toux; amaigrissement; ventre gros; alternatives de diarrhée et de constipation.

A la palpation, on sent des masses profondes ; pression peu douloureuse. Dyspnée.

Quelques signes de rachitisme.

Anorexie. Sueurs nocturnes. T. R., 38°.

Pas d'albumine.

15 septembre. — Ombilic rouge et douloureux.

31 septembre. — Perforation spontanée au niveau de l'ombilic. Issue de pus, de matières fécales et de lombrics.

15 août. — L'ouverture ombilicale, qui a longtemps suppuré, s'est peu à peu fermée depuis le 17 juin ; actuellement elle l'est tout à fait.

La malade sort très améliorée ; état général bon.

Observation N° 64

Péritonite tuberculeuse subaiguë. — Etat d'amaigrissement et de cachexie. — Tuberculose pulmonaire peu avancée

Jeanne B..., née à Lyon, écolière, âgée de 11 ans. — Entrée le 22 juillet, sortie le 3 août 1886, améliorée. — Salle Saint-Ferdinand, n° 14.

Depuis quatorze mois, douleur de ventre ; celui-ci s'est ballonné ; anses intestinales formant une seule masse ; amaigrissement, urines albumineuses, dilat. des veines superficielles ; pas de toux ; un peu de submatité à la base gauche et au sommet droit. A gauche, à la base, le murmure vésiculaire est diminué. IK, 0 gr. 50.

3 avril. — Elle sort un peu améliorée, emmenée par ses parents.

Observation N° 65

Péritonite tuberculeuse. — Anémie et état de misère physiologique. — Diarrhée. — Rien aux poumons. — Amélioration.

Marie L..., née à Villars (Ain), demeurant à Lyon depuis trois ans ; âgée de 11 ans. — Entrée le 6 avril 1886, salle Saint-Ferdinand, nos 16-26-36. — Sortie le 6 juin 1886.

Pas d'antécédents. Malade depuis trois mois ; œdème des membres inférieurs, amaigrissement ; sueurs nocturnes, fièvre, ventre douloureux, ballonné, points de matité disséminés ; diarrhée. Rien aux poumons. T. R. ne dépasse jamais 38,5, avant le 18 avril.

29 avril. — T. R., soir : 37° 6. — 20 avril, matin : 37° 8.

3 mai. — La diarrhée a disparu.

14 mai. — Ventre moins douloureux,

6 juin. — Elle sort améliorée.

Observation N° 66

C. N..., 8 ans 1/2. — Péritonite tuberculeuse ; augmentation de volume du ventre, matité en damier ; douleurs spontanées à la pression. Température à grandes oscillations (forme ulcéreuse suppurée). — *Amélioration.* Signes de tuberculose pulmonaire, au 2me degré.

Observation N° 67

Louise G.... 9 ans. — Signes de tuberculose pulmonaire au 3me degré : pleurésie tuberculeuse ; ventre volumineux, dur, tendu, matité en damier ; douleurs à la pression. (Forme ulcéreuse suppurée.) Amélioration à la sortie.

La présence, dans presque tous ces cas d'amélioration ou de guérison, des principaux signes de la péritonite tuberculeuse, nous permet d'affirmer que cette maladie existait réellement ; au reste, notre dire est appuyé par le diagnostic, écrit en tête de chacune de ces observations, de la main de M. Perroud lui-même ; c'est dire, pour tous ceux qui ont connu et par conséquent apprécié cet éminent clinicien, que les diagnostics n'ont pas été portés à la légère.

Au reste, à quelles maladies aurait-on pu avoir affaire ? Nous n'en connaissons que quatre : la cirrhose tuberculeuse, décrite par Laure et Honnorat (1), Lauth (2) ; l'ascite idiopathique, la péritonite chronique simple de Tapret (3), la péritonite suppurée sus-ombilicale de Gauderon (4).

Or la cirrhose tuberculeuse ne nous semble guère susceptible de rétrocession ; nous en avons observé personnellement deux cas bien nets à la clinique des enfants ; dans l'un nous avons eu la vérification anatomique, et la seconde malade est actuellement dans un état de marasme fatalement mortel à brève échéance. L'observation n° 52 du tableau, pourrait seule conduire au diagnostic de cirrhose tuberculeuse.

A l'ascite idiopathique des enfants, quelques cliniciens pourraient peut-être rattacher l'observation n° 8 du tableau ; la bactériologie seule aurait pu trancher la question ; mais cette asciteessentielle existe-t-elle réellement ? Pour Besnier (5) l'ascite ne peut exister sans un certain degré de péritonite. Quelle est, en l'espèce, la nature de cette inflammation péritonéale ? Est-elle simple ou spécifique ? A ce sujet, à défaut de réponse basée sur notre propre expérience, qu'il

(1) Laure et Honnorat. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1886. De la cirrhose infantile.

(2) Lauth. Thèse de Paris, 1888. *De la cirrhose tuberculeuse.*

(3) Tapret. *Loc. cit.*

(4) Gauderon. *De la péritonite idiopathique aiguë chez les enfants*

(5) Besnier. Art. Ascite du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.*

nous soit permis de citer un extrait d'un excellent article dû à M. Rondot, de Bordeaux (1) : « Il existe « une forme de tuberculose péritonéale dont la seule « manifestation peut consister dans des poussées « congestives du réseau vasculaire de la séreuse, « qui se traduisent exclusivement par de l'ascite. « Un certain nombre de ces faits sont englobés sous « la dénomination d'ascites essentielles, et vous « apprenez plus tard qu'après leur guérison, les « enfants ont été frappés d'entérite bacillaire ou bien « ont été emportés par une méningite de même ori- « gine. Le péritoine n'est pas plus privilégié que la « plèvre à ce point de vue, et quoique la démonstra- « tion directe de mes affirmations ne se soit pas « encore réalisée, je suis convaincu que la plupart « des ascites dites infantiles peuvent marquer une « tuberculisation latente de la cavité abdominale, et « doivent, en éveillant nos craintes pour l'avenir, « diriger nos efforts thérapeutiques contre l'invasion « de la tuberculose. En outre, quelques-unes de ces « ascites sont liées à une maladie du cœur, des pou- « mons, du foie, de la rate, des reins... Enfin, « beaucoup d'ascites dites essentielles des jeunes « filles peuvent être liées à la scarlatine, à l'impa- « ludisme, ou à des modifications transitoires du sys- « tème porte hépatique, dues à une lésion initiale de « cirrhose veineuse, à une forme fruste du mal de « Bright.... »

(1) Rondot. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 24 fév. 1889. Des Ascites infantiles.

Qu'est-ce enfin que la péritonite chronique simple et peut-elle prêter à confusion?

L'existence même de cette affection, très rare pour Grisolle, fut niée, comme nous l'avons vu plus haut, par Louis et Baron ; elle était tombée dans un juste oubli, lorsque Tapret, en 1878, lui consacra une thèse dans laquelle il s'efforça de confondre, dans un tableau clinique essentiellement factice, la marche de *toutes les péritonites chroniques;* les péritonites tuberculeuses, cancéreuses, alcooliques, syphilitiques n'en sont que des sous-variétés ! Cette théorie n'a heureusement pas eu beaucoup d'adeptes, ce n'eût été ni plus ni moins que le retour au chaos du siècle passé. La faute en est moins à l'auteur, qui a fait un consciencieux travail, qu'à l'époque : le bacille, critérium de la tuberculose, n'était pas encore découvert.

Dans ses observations personnelles avec autopsie, on trouve des péritonites tuberculeuses, cancéreuses, des cirrhoses du foie, un cancer des voies biliaires, des kystes de l'ovaire, des kystes hydatiques, des salpingites, des péri-métrites, etc. ; mais, chose bizarre, pas une péritonite chronique simple. Quant à ses observations sans autopsie, elles ont cessé d'être probantes, puisqu'il ne les déclare simples que parce qu'elles ont guéri ; c'est préjuger la question de la curabilité ou de la non curabilité de la tuberculose. Nous ferons la même objection à propos des autopsies dans lesquelles on ne trouve, *chez des tuberculeux*, que des adhérences péritonéales et pas de granulations. Mais n'est-ce pas là, ainsi que nous allons bientôt le voir, le processus de guérison de la

péritonite tuberculeuse? Nous ne pouvons mieux faire pour terminer cette argumentation déjà longue que de citer l'opinion de Pribram, qui s'applique entièrement ici : « Le nombre de cas cliniques de « péritonite tuberculeuse est très considérable, et ce « nombre est absolument en rapport avec la fré- « quence de la tuberculisation péritonéale observée « dans notre institut anatomique. Si les cas consi- « dérés comme des cas de guérison relative n'avaient « été que des péritonites chroniques, étant donnée la « fréquence relative de ces cas, on aurait dû, sur « les trois mille cinq cents dernières autopsies, ren- « contrer au moins une fois, ou quelquefois, des « péritonites chroniques, ascitiques ou adhésives, « sans tuberculose péritonéale, observées par hasard « sur des sujets morts d'autres affections. Or, j'ai « consulté les registres et je n'y ai pas trouvé un « seul cas d'inflammation chronique du péritoine « pouvant être considéré comme un reste d'une « péritonite chronique idiopathique sans tubercu- « lose. Evidemment, cela ne prouve pas que ces cas « n'existent pas, mais cela indique qu'ils sont au « moins très rares. »

Quant à la péritonite idiopathique aiguë des enfants, si bien décrite par Gauderon (1), nous croyons au contraire, que plus d'une fois, elle a été méconnue et classée faussement sous la rubrique de péritonite tuberculeuse; elle s'en distingue par son début brusque en pleine santé, avec tout l'appareil de la

(1) Gauderon, *loc. cit.*

péritonite aiguë ; si elle se généralise, elle se termine le plus habituellement par la mort ; si elle se localise, cette localisation se fait en général dans la région ombilicale qui devient tendue, saillante, et le pus s'élimine par l'ombilic, soit spontanément, soit à l'aide d'une incision au bistouri, qui amène l'issue d'un pus phlegmoneux de bonne nature ; la guérison est la règle, en peu de temps, après l'ouverture de l'abcès. Au contraire, dans la péritonite tuberculeuse, la mort est la règle dans le cas d'ouverture à l'ombilic ; sur quatorze observations de Vacher (1), quatre seulement ne se sont pas terminées par la mort ; les autres ont été fatales, parce que dans la péritonite tuberculeuse la communication de l'intestin avec l'extérieur, par la fistule abdominale, est la règle, la non-communication, l'exception ; c'est exactement le contraire dans la péritonite idiopathique. Aussi, M. Vacher n'était-il pas fondé à discuter les conclusions de Gauderon, et à dire que quelques-unes de ses observations étaient peut-être des péritonites tuberculeuses. Il est au contraire évident, pour nous, que l'observation publiée par Launois, et que Vacher range, ainsi que tous les auteurs, parmi les péritonites tuberculeuses, n'était autre qu'une péritonite idiopathique. Nous n'ignorons pas que Démosthène, au dernier congrès de chirurgie, a décrit des péritonites suppurées tuberculeuses, et démontrées telles par l'analyse bactériologique ; mais

(1) Vacher, *de l'inflammation périombilicale dans la péritonite tuberculeuse chez l'enfant*. Th. de Lyon, 1889.

leur début, leur marche et leur terminaison aussi furent tout autres, et nous nous étonnons que tous les auteurs, y compris Maurange, aient jusqu'ici laissé figurer l'observation de Launois parmi les péritonites tuberculeuses guéries. Nous la trouvons de tous points comparable à l'observation suivante, à propos de laquelle M. le professeur agrégé Bouveret a posé, sans hésiter, le diagnostic de péritonite idiopathique, diagnostic vérifié par la marche ultérieure de l'affection.

Observation de péritonite idiopathique aiguë suppurée consécutive à la fièvre typhoïde (?). — Incision au bistouri. — Guérison rapide.

OBSERVATION

Due à l'obligeance de M le Docteur FRENKEL

Sr. E..., âgé de 15 ans, s'est alité le 9 juin 1890. Depuis trois ou quatre jours fatigué, mais capable encore de travailler, il se sentit, le 9, plus abattu, se plaignit de céphalalgie et envoya chercher un médecin. Deux jours auparavant il avait été pris d'épistaxis.

A l'examen du malade, le 9 juin, 8 heures du soir, j'ai constaté un état de somnolence assez accentué ; céphalalgie intense ; langue sèche, rouge sur les bords ; pupilles égales, réagissant bien à la lumière. Sur la lèvre supérieure, près de la commissure labiale gauche, quelques vésicules d'herpès. Anorexie, soif assez vive. Poumons intacts. Bruits cardiaques purs, sans souffle, assez forts. Pouls 104, régu-

lier, assez fort. Ventre un peu saillant ; gargouillement dans la fosse iliaque droite ; le ventre n'est pas douloureux à la pression, sauf dans la fosse iliaque droite. Pas de taches rosées. Pas de diarrhée. La rate n'est pas augmentée. Pas d'albumine dans les urines, qui sont de couleur foncée et peu abondantes. Température 41°,1.

Malgré l'herpès labial, on pense à la dothienentérie. Comme il y a aucune contre-indication aux bains froids et vu l'importance d'instituer ce traitement dés le début de la maladie, on n'hésite pas longtemps et on commence ce traitement. d'après les règles connues, le soir même à dix heures. On insiste sur l'alimentation et le malade avale deux litres de de lait, un litre de bouillon et un quart à un demi litre de vin vieux par jour. La marche de la maladie a pleinement confirmé l'opportunité du traitement. En effet, la courbe thermométrique démontre qu'il s'agissait d'une affection fébrile à longue durée qui, malgré l'application systématique et patiente de la réfrigération sous la double forme des bains froids et des vessies de glace sur le ventre, présentait des températures assez élevées, pour maintenir pendant longtemps le traitement. Cette courbe thermométrique qui embrasse une période de deux mois peut être divisée en plusieurs phases. Nous allons exposer la marche de la maladie, en nous basant sur la marche de cette courbe thermométrique.

Première phase. Six jours, du 9 au 15 juin. T. R. le 10 juin, 7 heures du matin 40°,3; 7 heures du soir 41°,1. Le 11, 7 heures du matin 40°,6; 7 heures du soir 40°,8. Le 12, 7 heures du matin 39°,9; 7 heures du soir 40°,2. Le 13, 7 heures du matin 39°,5; 7 heures du soir 39°,9. Le 14, 7 heures du matin 39°,2; 7 heures du soir 39°,1. Le 15, 7 heures du matin 38°,5; 7 heures du soir 39°,1. Les abaissements de la température obtenus par des bains de 15 minutes de durée, étaient très variables. Le premier jour on abaissait la température des bains de 28° à 24° ; la réfrigération de la température du corps obtenue ce jour-ci était de quelques dixièmes de degré. Le lendemain on donnait des bains de 24° jusqu'à

20° : les abaissements étaient de 0°7 à 1°, 2. Le cinquième jour des bains, les abaissements devinrent plus grands et atteignirent de 2° à 2°,8.

En somme, il y a eu une descente de température en forme d'escalier pendant six jours, jusqu'à ce qu'elle arrivât vers les 39°. Pendant ce temps-là, l'herpès labial suivait son évolution, pendant qu'apparaissait un herpès nasal. Pas de taches rosées. Rien aux poumons. Rien au cœur. Apparaît une diarrhée médiocre, facilement dominée par l'application de la glace sur le ventre. Pas de douleurs dans le ventre. Le ventre est un peu ballonné, la palpation ne révèle rien d'anormal. Les selles ont un aspect de purée de petits pois. Pas de vomissements. Etat général bon. Pas de phénomènes inquiétants du côté d'aucun appareil.

Deuxième phase, 25 jours, du 16 juin au 11 juillet. La température se maintient aux environs de 39° ou un peu au dessous. Tant que la température atteint ou dépasse 39°, on donne un bain de 20° à 24° (le plus souvent de 22°) pendant 15 minutes. Les abaissements sont de 1° à 1°,5. Les 26-28 juin, il y a une petite recrudescence de la température sous forme d'une petite ondulation, dont le sommet est à 39°7. On cherche tous les jours les taches rosées regardées comme le signe le plus précieux pour le diagnostic d'une dothiénentérie. Ce n'est que vers le quinzième jour du traitement qu'on aperçoit quelques taches rosées pâles qui disparaissent en quelques jours. Ce fut deux ou trois jours avant la recrudescence de la température. Remarquons que cette petite recrudescence fut précédée d'un léger abaissement de la température qu'on peut voir sur la courbe thermométrique. Nous avons remarqué le même fait d'une manière plus éclatante chez une autre malade traitée par les bains froids.

Jamais, pendant cette période, le malade ne s'est plaint de douleurs dans le ventre. On examine souvent les organes thoraciques et abdominaux. On ne trouve rien de particulier, si ce n'est une légère augmentation de la rate. Pas de signe de bronchite. Les ganglions ne sont pas tuméfiés ; les gan-

glions inguinaux sont un peu plus volumineux que chez les jeunes gens du même âge, sans être cependant tuméfiés. Le malade n'a jamais toussé. Pas de signe de scrofule. Ses parents sont bien portants, sa sœur unique de même. Il a une cousine qui est atteinte depuis son enfance d'une bronchite chronique. Il n'était jamais malade, sauf maladie d'enfance. Il est de moyenne constitution. Son système osseux est encore peu fort, sa musculature peu développée, il a toujours été maigre. Il a eu toujours une figure pâle. D'ailleurs il se portait toujours bien.

Vers la fin de cette deuxième phase de la maladie, j'ai remarqué que le ventre était plus ballonné et un peu plus dur. On appliquait toujours de la glace et comme le malade n'avait jamais vomi, comme il n'accusait aucune douleur dans le ventre, comme la température restait toujours à la même hauteur et que les différences entre la température du matin et celle du soir ne dépassaient guère quelques dixièmes de degré, je ne me préoccupai pas de ce changement dans l'état local de l'abdomen.

Troisième phase, 14 jours, du 11 au 24 juillet. Le 11 juillet, je me suis absenté pour une huitaine de jours. Le confrère qui a bien voulu donner ses soins à mon malade fut aussitôt frappé de la dureté du ventre. Il constata au-dessus et au-dessous de l'ombilic des masses dures. Le 13 juillet, la température commença à monter et atteignit le 16 du même mois 40°,4. On continua à donner les bains jusqu'au 17 au soir. Ce jour-là le confrère qui me remplaçait constata que les masses dans le ventre, au lieu de disparaître, augmentaient de volume; par conséquent, il modifia le traitement, en ce sens que les bains ne furent administrés que tant que la température dépassait 40°. Cependant la température avait commencé déjà à baisser, de sorte que le malade ne prit qu'un bain encore, le dernier. Le malade a pris en tout 131 bains.

Quand je revins, le 20 juillet, la température était descendue à 39°, sans qu'on eût administré un traitement anti-

fébrile spécial. J'ai dû me rendre à l'évidence et accepter le diagnostic de mon distingué confrère. Il pensait à une péritonite tuberculeuse. J'ai attendu encore quelques jours pendant lesquels on continuait à appliquer des cataplasmes sur le ventre qui avaient remplacé la glace. La température continuait sa marche descendante qui s'arrêta le 23 un peu au-dessus de 38°.

En même temps, une partie des masses dures devint plus molle et on a pu poursuivre presque de jour au jour le ramollissement d'une partie de ces masses. L'ombilic commença à se soulever au-dessus du niveau du ventre, sans présenter aucune induration spéciale. Si c'était une péritonite tuberculeuse, ce n'était pas une péritonite périombilicale proprement dite. On pouvait déjà distinguer la fluctuation qui s'accusait surtout dans la partie occupée par l'ombilic, augmenté de volume et notablement aminci. Conservant quelques doutes sur le diagnostic et surtout sur le traitement à adopter, j'ai prié mon maître, M. le docteur Bouveret, de vouloir bien me venir en aide.

Quatrième phase.— (16 jours, 27 juillet, 9 août). M. Bouveret a vu le malade le 27 et formulé l'opinion qu'il s'agissait d'une péritonite subaiguë essentielle de l'enfance avec tendance à perforation par la cicatrice ombilicale. Il a encore admis la possibilité d'une péritonite par propagation compliquant la dothiénentérie, mais quant à la nature tuberculeuse du processus, il en rejetait la probabilité. M. Bouveret affirmait que le pronostic était favorable. Comme traitement il proposa une incision séance tenante dans la cicatrice ombilicale. Cette petite opération fut exécutée immédiatement, ce qui a rendu impossible de recueillir du pus pour en faire des cultures. En effet, il aurait été intéressant de savoir s'il n'y avait pas de bacilles d'Eberth dans le liquide péritonéal, étant donnée l'opinion que je défends, à savoir que cette péritonite n'était qu'une complication de la dothiénentérie par propagation à travers la paroi intestinale. Il est regrettable que les conditions de la pratique privée nous aient fait omettre cette recherche.

Le liquide qui jaillit en jet après l'incision était séro-purulent, d'une consistance très peu dense, sans odeur marquée, en quantité approximative de 3/4 de litre. Le doigt introduit dans la plaie pouvait sentir les anses intestinales, par conséquent il ne s'agissait pas d'un abcès de la paroi abdominale, mais bien d'une affection du sac péritonéal. Avec la sonde on pouvait atteindre par places, la soudure des deux feuillets péritonéaux ; c'était donc une péritonite encapsulée, partielle. On a mis deux petits drains dans la plaie et on a fait un pansement aseptique et antiseptique à l'iodoforme. Le 26, c'est-à-dire le surlendemain, le pansement fut renouvelé; il s'écoula encore un demi litre de liquide de la même nature que la première fois. Les masses au-dessus de l'ombilic ont presque disparu, mais celles au-dessous de la plaie n'ont point diminué de volume. La température au lieu de baisser se maintenait au-dessus de 38° 6 et arriva même le 26, au soir, après le deuxième pansement, à 38° 8 ; elle a baissé cependant les jours suivants sans aucune nouvelle intervention. Le 28, quand on renouvela le pansement pour la deuxième fois, la température était de 37° 7. Il n'y a eu que peu de liquide. Au bout de 8 jours, après l'opération, la plaie commença à diminuer et se referma complètement le 9 août, 16 jours après l'incision.

La température oscilla encore pendant quelques jours entre 37°5 et 38°0, atteignant le dernier chiffre une fois par jour. Je n'ai pas regardé cela comme une raison suffisante d'intervenir de nouveau, parce que je ne pouvais constater une nouvelle accumulation de liquide. Les masses dures, au-dessous de l'ombilic, avaient bien diminué de volume, mais persistaient encore, ce qui me donnait quelques préoccupations. Ces préoccupations ne furent pas justifiées par la marche ultérieure. Le malade put bientôt quitter, non-seulement son lit, mais aussi sa chambre. Des examens répétés de tous les organes ne révélaient rien d'anormal. L'appétit était tout le temps véritablement vorace, la soif nulle, le sommeil excellent. Le malade a vomi une seule fois, plusieurs semaines après qu'il avait quitté son lit, par suite d'une indigestion.

Il s'est fait peser, pour la première fois, le 19 août, à sa première sortie ; le poids de son corps était de 32 kil. 500 gr. Le 26 du même mois, il pesait déjà 35 kil. 500 gr. Le 2 septembre, après la diète, par suite de l'indigestion dont nous venons de parler, 36 kil. 600 gr. Le 22 septembre, 40 kil. 500 gr.

J'ai revu le malade le 3 octobre. Il a tellement engraissé, que je ne l'ai pas reconnu. Il y a toujours une petite induration (trois travers de doigts) au-dessous de l'ombilic et à gauche ; cette induration est de forme oblongue, de l'épaisseur d'un petit doigt et de la longueur de 6 centimètres environ. L'abdomen est un peu ballonné. Nulle part de fluctuation, pas de douleurs. Poumons intacts. Pas de tuméfactions ganglionnaires. La figure est pâle, comme avant la maladie.

Le traitement médical et prophylactique n'a présenté rien de particulier ; aussi ne m'arrêterai-je pas sur ces détails un peu variés.

Cette observation montre, comme celles qui l'ont précédée, que la péritonite idiopathique sus-ombilicale a une marche aiguë, franchement inflammatoire, suivie, dans le cas d'intervention, d'une résolution franche, bien différente de la marche torpide des péritonites tuberculeuses, et en particulier des péritonites tuberculeuses purulentes (forme ulcéreuse suppurée), où jamais on n'observe une marche aussi rapide vers la guérison, même après la laparotomie, que dans le cas que nous venons de signaler. Ce fait nous a paru intéressant à noter ; car c'est là un diagnostic différentiel que l'on songe rarement à faire, malgré l'excellente thèse de Gauderon(1). Et

(1) Au Congrès de chirurgie 1889, M. Brun a communiqué un cas de péritonite idiopathique suppurée, à propos de la discussion sur le traitement chirurgical des péritonites tuberculeuses. Une évolution rapide vers la guérison s'est aussi produite, après l'intervention chirurgicale.

cependant, au point de vue de l'efficacité du traitement, le pronostic est tout autre. Ces diverses considérations nous permettent donc d'admettre la nature tuberculeuse des péritonites dont nous venons de publier les observations.

Nous avons cherché à déduire de cette statistique quelques données sur le pronostic propre à chacune des formes cliniques ; mais ce pronostic ne varie-t-il pas aussi suivant l'origine, suivant le foyer primitif de la tuberculose dans l'organisme ? C'est la question qu'il nous reste à examiner.

Pour ce faire, nous croyons devoir, à l'exemple des auteurs qui nous ont précédé, ne tenir compte que des nécropsies. Or, sur dix-sept autopsies que l'on peut relever dans notre tableau A, jamais on n'a trouvé de tuberculose strictement limitée au péritoine ; deux fois il s'agissait d'une granulie généralisée ; douze fois il y avait coexistence de tuberculose pulmonaire, et trois fois il s'agissait de tuberculose cavitaire manifestement antérieure en date à la lésion péritonéale. Ces douze cas d'altération pulmonaire s'accompagnaient huit fois de lésions pleurales, cinq fois de lésions intestinales ; six fois les lésions pulmonaires existaient seules.

Dans les cinq cas où on a trouvé des lésions intestinales, celles-ci paraissaient être le point de départ de l'affection, et deux fois seulement, il y avait en même temps des lésions pleurales peu avancées ; toutes les fois qu'on a trouvé des ulcérations intestinales, il s'agissait de forme ulcéreuse sèche ou suppurée.

Quant aux lésions pleurales, cinq fois sur huit elles paraissaient secondaires à des lésions pulmonaires ; une fois consécutives à un vaste épanchement ascitique ; d'autres fois elles coïncidaient avec des lésions primitives de l'intestin ou du péritoine, jamais elles ne nous ont paru primitives. Dans un cas, l'observation n'est pas explicite sur l'origine de de la lésion.

Donc, chez l'enfant, s'il est permis de tirer quelque conclusion de ces chiffres trop peu élevés, le plus souvent la tuberculose péritonéale semble être primitive ; presque aussi fréquente serait la péritonite tuberculeuse d'origine intestinale, puis la péritonite tuberculeuse consécutive à une tuberculose pulmonaire. Mais si l'on tient compte de ce que la forme ulcéreuse, qui paraît contenir toutes les tuberculoses d'origine intestinale est la plus meurtrière, on reconnaîtra que cette proportion, constatée par les autopsies, est probablement plus forte qu'en réalité, et que d'une façon générale, il est probable que la péritonite tuberculeuse est beaucoup plus souvent que ne l'indiquent nos chiffres, une manifestation primitive de la tuberculose.

A côté de ces observations d'enfants, nous voudrions pouvoir fournir une statistique équivalente portant sur des adultes ; malheureusement, malgré les recherches les plus patientes, dans tous les services des hôpitaux de Lyon, nous n'avons pu réunir un nombre d'observations aussi considérable. Il est cependant suffisant pour asseoir un jugement. Nous savons que Boulland affirme la gravité décroissante

de la tuberculose péritonéale, chez l'adulte, de la forme miliaire à la forme ulcéreuse et à la forme fibreuse, assertion appuyée sur un grand nombre d'observations. C'est aussi ce que nous avons trouvé pour les enfants. De même chez l'adulte, les faits que nous avons pu recueillir plaident pour cette gravité décroissante.

Dans la collection que M. le professeur Bondet a mise obligeamment à notre disposition, se trouvent 12 péritonites tuberculeuses, 8 femmes et 4 hommes; sur 3 formes ascitiques, 2 états stationnaires, 1 amélioration; sur 7 formes ulcéreuses, 3 malades sont morts, 2 très probablement aussi (aggravation à la sortie), 2 malades sont sortis dans un état stationnaire; enfin, un cas de guérison a été fourni par une forme fibreuse sèche.

Ici encore, c'est la forme ulcéreuse qui est beaucoup plus grave que la forme fibreuse. L'observation du cas de guérison d'une forme fibreuse est tellement probante, que nous croyons devoir la reproduire *in extenso,* telle que nous l'a remise notre ancien collègue et ami M. Mouisset, aujourd'hui médecin des hôpitaux, alors interne du service.

Observation de guérison d'une péritonite tuberculeuse à forme fibreuse sèche, due à l'obligeance de M. le professeur Bondet et de M. le docteur Mouisset.

Clotilde D..., 14 ans, sans profession, née à Seyssel. Entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Roch, n° 20, le 7 avril 1888.

La mère de cette malade est morte à 39 ans, de « refroi-

dissement, » après *un mois* de maladie; son père se porte bien; une sœur est en bonne santé; une sœur et un frère sont morts en bas âge.

Réglée, il y a un an, à 13 ans, elle l'a toujours été régulièrement; mais, depuis six mois, la menstruation est peu abondante.

Pas d'antécédents pathologiques personnels dignes d'être notés. L'affection actuelle a débuté, il y a trois semaines, par un peu de toux, avec anorexie, et quelques troubles digestifs. En même temps, la malade a vu son abdomen prendre un développement exagéré, sans qu'elle ait éprouvé de vives douleurs. Elle avait des digestions lentes, quelques nausées, mais jamais de vomissements. Depuis cette époque, elle a un peu de diarrhée, la toux a persisté, et l'abdomen a pris petit à petit le volume qu'il a actuellement. Celui-ci est uniformément exagéré; l'ombilic est saillant, entouré d'une zone foncée. La ligne brune est très nette à partir de l'ombilic. L'abdomen est sonore dans toute son étendue, et quelle que soit la position de la malade. Tympanisme abdominal très prononcé. Il n'y a de matité nulle part. Pas de douleur à la pression; on ne sent pas de tumeur à la palpation.

Aux poumons, la respiration est rude et légèrement soufflante au sommet droit, en arrière. Au sommet gauche, quelques craquements à la fin de l'inspiration, et pendant les efforts de toux. Submatité à la base, du côté droit.

En avant, craquements sous la clavicule gauche. Obscurité et rudesse de la respiration à droite.

Battements du cœur accélérés. Rougeur des pommettes. Auréole noirâtre des seins.

T. R. : 39°,2.

10 avril. — Urine, 1,200 gr. Pouls, 116. Depuis l'entrée, la T. R. offre de légères oscillations, à *maxima* vespéraux, entre 38°,5 et 39°,4. — Pas de douleurs; quelques points indurés et résistants à la palpation abdominale.

11 avril. — Urines, 1,200 gr.

12 avril. — Urines, 1,200 gr. Pectoriloquie aphone et craquements au sommet gauche, en arrière.

14 avril. — Urines, 700 gr. Pointes de feu sur l'abdomen.

24 avril. — Depuis le 12 avril, la T. R., à exacerbations vespérales, présente de grandes oscillations diurnes, de 37°,5 à 39°. Aujourd'hui, nouvelles pointes de feu.

30 avril. — Depuis le 24, la T. R., sauf deux élévations, décrit une courbe assez basse, aux environs de 37°,5. Diminution du volume de l'abdomen.

2 mai. — Nouvelles pointes de feu.

21 mai. — Depuis le commencement de mai, T. R. entre 37°,5 et 38°. Aujourd'hui, signes de congestion pulmonaire des bases, surtout à droite.

5 juin. — Le 30 mai, pour la dernière fois, la T. R. est montée, le soir, un peu au-dessus de 38°. Depuis lors, elle est normale.

Fin juin. — Depuis quelque temps, amélioration des signes locaux des poumons. La respiration s'entend bien partout. Plus de craquements ni de râles de bronchite. La fièvre est tombée. Etat général satisfaisant.

27 octobre 1888. — Le ventre est de plus en plus souple et moins volumineux. Aux poumons, en avant, à gauche, respiration à peu près normale ; à droite, respiration obscure et saccadée. Au sommet gauche, en arrière, quelques craquements.

20 novembre. — A la percussion, dans la fosse sus-épineuse, à droite, sonorité normale; légère diminution dans la fosse sus-épineuse gauche. Le murmure vésiculaire est normal dans toute l'étendue du poumon gauche, sauf dans la fosse sus-épineuse, où il est affaibli. A droite, le même affaiblissement existe au sommet ; expiration plus prolongée et plus forte.

En avant, à droite, diminution du murmure dans toute l'étendue ; dans les fosses sous-claviculaires, pas de signes morbides appréciables.

Le météorisme abdominal a diminué notablement; de même, les indurations, surtout à droite ; dans la fosse iliaque droite, on perçoit encore quelques points durs, de la grosseur d'un petit œuf: à gauche, moins de diminution des indurations.

21 novembre 1888. — Poids : 41 kil. 200.

6 février 1889. — Les règles sont revenues hier ; elles avaient disparu depuis un an.

Nous avons revu cette jeune fille le 13 novembre 1890. Elle a une figure de santé étonnante ; teint frais, joues pleines ; cependant elle a un peu le faciès des candidats à la tuberculose : cils longs et soyeux, système pileux développé sur le corps, à la région dorsale ; embonpoint notable ; elle a grandi depuis sa sortie ; son poids qui était alors de 41 kilogrammes 200, est actuellement de 55 kil. 500, d'où une augmentation de 14 kil. 300 en un an. Cependant elle travaille 12 heures par jour, et couche dans une chambre mal aérée, avec plusieurs autres ouvrières. Elle a bon appétit, ses digestions se font bien, elle n'a plus de douleurs abdominales. Ses règles sont régulières. Le ventre est souple ; toutefois, à la palpation, on découvre un empâtement profond dans la fosse iliaque droite, et un autre analogue, mais moins accentué dans la région symétrique gauche ; ces points sont un peu douloureux à la pression. La peau de l'abdomen offre des traces de pointes de feu et quelques vergetures.

Aux poumons, submatité au sommet gauche en avant, où la respiration est rude ; au sommet gau-

che, en arrière, matité, quelques craquements à maximum inspiratoire.

Tous nos maîtres dans les hôpitaux ont observé dans leur pratique hospitalière ou civile, quelques cas de guérison isolés; malheureusement, ces cas ne peuvent pas entrer en ligne de compte dans une statistique, si l'on ignore le nombre total des malades traités.

Cependant, en voici un qui, eu égard à la haute compétence des médecins qui l'ont observé, a une grande valeur.

Il s'agit d'un homme de 45 ans, employé de magasin, chez qui le M. professeur Bondet et M. le docteur Mouisset, en 1885, affirmèrent de la façon la plus formelle le diagnostic de péritonite tuberculeuse; le malade quitta l'hôpital très amélioré; deux ans après, il revint dans le service avec une excavation à chaque sommet, n'accusant plus aucun symptôme abdominal. C'était un phtisique vulgaire au 3e degré. Il meurt, et à l'autopsie on trouve de grosses lésions bilatérales des poumons; quant au péritoine, il est lisse et poli, et si le diagnostic posé était certain, il faudrait admettre dans ce cas une *restitutio ad integrum*.

Nous ne protestons pas contre cette interprétation, puisque depuis lors, des faits analogues ont été constatés, après une laparotomie; dans certaines circonstances exceptionnelles, il est probable que le processus curateur que l'on observe après l'intervention, puisse se produire par les seuls efforts de la nature, ou sous l'influence d'un traitement révulsif énergique, comme celui qui a, la plupart du temps,

été mis en usage dans les cas de guérison par les moyens médicaux.

Notre ancien maître, M. Bard, avec son obligeance habituelle, a bien voulu mettre à notre disposition son importante collection de 1,500 observations. Sur ce nombre, nous avons trouvé seize cas de péritonite tuberculeuse, qui se répartissent ainsi que l'indique le tableau suivant (tableau B.).

TABLEAU B

Hôpital Saint-Pothin. — Statistique des Péritonites tuberculeuses, de 1885 a 1890 (Service de M. Bard)

Numéro d'ordre de l'observation	Numéro de la collection de M. Bard	NOMS	AGE	SEXE masculin	SEXE féminin	TEMPÉRATURE	DURÉE du Traitement	Tuberculose pulmonaire (Degrés)	Tuberculose pleurale	Tuberculose intestinale	Tuberculose mésentérique	Tuberculosé méningée	Forme miliaire aiguë	Formes ulcéreuses: sèche	Formes ulcéreuses: suppurée	Formes fibreuses: Forme sèche	Formes fibreuses: Forme ascitique généralisée	Formes fibreuses: Forme ascitique enkystée	Décès: Autopsie	Décès: Mort sans autopsie	Aggravation	Etat stationnaire à la sortie	Amélioration	Guérison
1	538	Louis J.....	14	1		38°5 à 40°, gr. oscill.	3 semaines	3e							1					1				
2	108	Marie-Antoinette M.	13		1	37°5, 37°7	2 mois	2e									1						1	
3	136	Jean D......	24	1		38°, 39°, 40°	12 jours	1er		1					1					1				
4	490	Sophie A....	23		1	38°, 39°, 40°, gr. oscill.	10 mois			1					1				1					
5	19	Anna D..... (mal Pott cervical)	19		1	38°, 39°, 40°, gr. oscill.	2 mois	3e								1			1					
6	17	Marie L.....	15		1	37°5 à 39°5	1 mois		1 ép.								1		1					
7	15	Claude C....	27	1		38° à 40°, gr. oscill	11 jours	1er	1 purul								1 purul.		1					
8	909	Abel C...... (cirrhose du foie)	41		1	subfébrile	8 jours	3e									1		1					
9	12	Marie C.....	32		1	subfébrile	1 mois	1er fibr.	1								1		1					
10	571	Martial V...		1		38°, 39°	5 jours		1				1						1					
11	685	Charles C...					4 mois						1						1					
12	1007	Sidonie E ..	25		1			3e					1						1					
13	1478	Françoise C .	15	1		abcès périombilical, issue de lombrics par ouverture		2e			1					1			1					
14	463	Pierrette A..				grandes oscillations								1					1					
15	838	Thérèse C...	22		1	normale	2 mois	1er									1							1
16	756	Jules R.....	38	1		39°, 40°, subfébrile, puis normale	5 mois	1er									1					1		
17	883	Marie P.....	27		1	subfébrile	1 mois	2e								1							1	
17				6	9			12	4	2	1		3	1	3	3	7		11	2		1	2	1

A la seule inspection de ce tableau, on voit qu'ici aussi la forme fibreuse est la plus fréquente ; sa variété ascitique généralisée est la seule qui dans cette statistique ne se soit pas terminée par la mort ; dans un cas, il y a eu une guérison manifeste (n° 15); dans un deuxième, une amélioration réelle (n° 17), et dans un troisième, une amélioration relative, peut-être temporaire. — Dans tous les autres cas, on a eu affaire à des formes graves de tuberculose péritonéale, formes ulcéreuses sèches ou suppurées, formes miliaires aiguës, qui, ici, comme c'est la règle, ont eu une terminaison fatale.

Sur onze cas où on a pu faire l'autopsie, on a trouvé une tuberculose généralisée, dans deux cas (granulies) ; dans un troisième cas, la péritonite miliaire aiguë n'est venue que terminer la scène chez un phtisique excavé (n° 12). Dans quatre cas, les lésions pulmonaires ont paru être les premières en date (n°s 5, 8, 9, 12) ; dans un cas (n° 13), il était difficile de dire où était la lésion primitive ; cette dernière observation était intéressante par le fait de la formation d'un abcès ombilical qui donna issue à un lombric ; à l'autopsie, chose exceptionnelle, on ne put trouver l'ouverture intestinale. La paroi n'était en effet pas ulcérée, mais elle adhérait à des ganglions caséeux. Dans un cas (forme ascitique généralisée (n° 6), la localisation tuberculeuse semblait être primitivement péritonéale. Quant aux ulcérations intestinales, elles n'ont été rencontrées qu'une fois (n° 4) ; dans les autres relevés d'autopsie, leur absence est expressément notée.

Nous nous croyons donc en droit de penser, malgré la faible étendue de cette statistique, mais en raison de sa réelle valeur scientifique, que l'assertion émise par Kœnig au congrès de Berlin sur l'origine intestinale de presque toutes les péritonites tuberculeuses est peut-être exagérée; cet auteur dit avoir rencontré 87 fois des lésions intestinales sur 107 cas.

Nous ne faisons, d'ailleurs, que confirmer les recherches de Spillmann qui, dans sa thèse d'agrégation (1), a insisté sur l'indépendance pathologique de l'intestin et de la séreuse péritonéale.

Si, d'autre part, on veut bien remarquer que, dans la plupart des cas les lésions pulmonaires étaient très anciennes, on conviendra que, cliniquement, dans la plupart de nos cas, même avec tuberculose pulmonaire, la dominante rationnelle était la péritonite; dans l'observation 12 seulement, il s'agissait d'une péritonite survenue chez un tuberculeux ; chez les autres, les lésions pulmonaires étaient très effacées pendant la vie.

Nous conclurons que chez l'adulte, la péritonite tuberculeuse, le plus souvent primitive ou secondaire à une vieille lésion tuberculeuse des sommets, exceptionnellement secondaire à la tuberculose intestinale, est plus rare que chez l'enfant, ne comptant que pour 1,13 °/₀ des maladies observées dans un service de médecine ordinaire, — qu'elle ne guérit ou s'améliore en moyenne que dans 18 °/₀ des cas, et que la totalité de ces guérisons est fournie par la

(1) Spillmann. Th. d'agrégation, Paris, 1878.

forme fibreuse, le plus ordinairement par la forme ascitique; — nous ne connaissons pas d'exemple chez l'adulte de guérison d'une forme nettement ulcéreuse.

Enfin, un point important que nous n'aurions garde de passer sous silence et qui se dégage de notre tableau B, c'est la plus grande fréquence de la péritonite tuberculeuse chez la femme; notre statistique compte plus de femmes que d'hommes, et cela, dans un service qui comprend plus d'hommes que de femmes. (H., 43; F., 24.)

On nous dira peut-être que notre statistique est assombrie; nous la croyons strictement exacte, et la croirons telle jusqu'à ce qu'on nous en oppose une meilleure. Nous n'ignorons pas que Boulland, dans sa thèse, aboutit à un total de dix guérisons pour 36 cas, soit 65 °/₀ de décès en tout, au lieu de 82. L'écart est notable.

Mais Boulland donne une collection d'observations et non une statistique émanant d'un même service pendant un nombre d'années donné, d'un service où les malades peuvent être suivis à travers leurs migrations dans les diverses salles d'un hôpital.

Pour ce qui est de la gravité proportionnelle de chaque forme clinique, le résultat est le même: décès, 100 °/₀ dans la forme miliaire, 90,9 forme ulcéreuse, 50,87 forme fibreuse.

Voici, résumées, les deux observations les plus probantes, d'amélioration et de guérison, parmi celles de M. Bard:

Observation n° 16 du tableau B.

N° 756 de la collection de M. Bard (M. Curtillet, interne du service).

(Résumé).

Péritonite tuberculeuse à début aigu, avec épanchement. Guérison de l'ascite. Grande amélioration de l'état général.

Jules R..., 38 ans, peintre-platrier, né à Saint-Etienne-de-Saint-Geoire, demeurant à Lyon, entré le 17 janvier 1888, salle Saint-Pierre, n° 8. (Hôpital Saint-Pothin) sorti le 5 mai 1888 Pas d'antécédents héréditaires bien nets. Antécédents collatéraux nettement tuberculeux. Un enfant, mort à 11 mois, d'un transport au cerveau.

Alcoolisme. — Depuis l'âge de 28 ans, il tousse l'hiver ; il y a 2 ans, hémoptysie ; depuis lors, amaigrissement, perte des forces.

Depuis trois semaines, ballonnement après les repas. Le 5 janvier, subitement, douleurs et augmentation de volume du ventre ; dysurie; constipation. Phénomènes constatés à l'entrée. Sensation de flot très nette ; matité se déplace incomplètement. Râles sous-crépitants au poumon gauche ; au sommet droit, obscurité de la respiration.

24 janvier. — L'abdomen a un peu diminué : périmètre, 78 cent. à l'ombilic ; matité très mobile. Quelques vomissements, diarrhée. Du 18 au 21, T. R. entre 39° et 40°. Depuis lors, elle se maintient aux environs de 38° avec élévation généralement vespérale. Au sommet gauche, obscurité ; à la base gauche, râles humides. Pouls petit, 80.

28 janvier. — Mensuration 79 ; mais le tympanisme prédomine sur la matité.

9 février. — La température très élevée à l'entrée, subfébrile du 24 janvier au 2 février, est actuellement normale depuis 3 jours ; périmètre : 74.

23 février. — Le malade va beaucoup mieux ; la T. R. s'est abaissée, mais reste subfébrile, atteignant de temps en

emps 38°. Plus d'ascite, mais un peu d'empâtement surtout à gauche. Par places, zones indurées.

8 mars. — Température normale, tout en atteignant de temps en temps, mais exceptionnellement 38°. Ballonnement moins dur. Périmètre : 74.

31 mars. — Périmètre : 76. Immobilisation des viscères; matité en damier. Température normale, atteignant cependant 38° de temps en temps. Néanmoins, l'état général paraît meilleur et le malade a un peu engraissé.

Pas d'expectoration, pas de toux habituelle.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

5 mai. — Le malade se trouve bien, la température est normale. L'abdomen est encore volumineux (75 c.), mais plus souple; les viscères sont plus mobiles; les masses indurées sont moins dures, mieux isolées et plus mobiles que précédemment.

Le traitement a consisté en poudre de Fordys 0,60; phosphate de chaux 3 gr.; badigeonnages à la teinture d'iode.

Observation n° 15 du Tableau B.

Observation n° 838 de la collection de M. Bard, recueillie par M. Bret, interne des hôpitaux.

(Résumé).

Chloro-anémie tuberculeuse. Péritonite tuberculeuse antérieure guérie. Sclérose des poumons prédominant à droite.

Thérèse C..., 22 ans. Entrée le 13 juin 1888. Sortie 10 août 1888. Revue le 9 septembre 1888.

Pas d'antécédents héréditaires

En septembre 1885, ascite et anasarque, troubles digestifs, vomissements, constipation, abdomen douloureux spontanément et à la pression.

Collodion, teinture d'iode.

L'ascite disparait, il persiste de l'empâtement.

En juin 1886, l'ascite et l'anasarque ont disparu. Puis œdème des jambes ; le ventre redevient douloureux. Pendant deux ans, elle se porte bien de nouveau.

En avril 1888, affaiblissement, vomissement, douleurs abdominales.

Actuellement (juin) troubles dyspeptiques, céphalagie, constipation. Douleurs à la pression dans la fosse iliaque gauche, empâtement à ce niveau.

Pas de toux, souffle chloro-anémique au cœur, et dans les vaisseaux du cou.

27 juin. — Un peu d'œdème des jambes le soir. T. R. au dessous de 38°.

11 juillet. — Il résulte des renseignements fournis par M. Léon Blanc que la maladie pour laquelle il l'a soignée était une péritonite tuberculeuse.

16 juillet. — Obscurité de la respiration, au sommet droit en arrière.

10 août. — La malade va bien, ne tousse pas, et quitte l'hôpital. Elle accuse toujours les douleurs peu accentuées dans l'abdomen, sans troubles digestifs bien marqués.

La malade a pris pendant tout son séjour, deux pilules de Vallet par jour, et des douches froides.

A la question que nous nous sommes posée au début de ce chapitre, nous sommes peut-être fondé à répondre maintenant :

La curabibité de la tuberculose péritonéale est un fait acquis, mais elle ne s'observe guère que dans un cinquième des cas chez l'adulte, un tiers au plus (?) chez l'enfant ; la forme fibreuse, et en particulier sa variété ascitique, fournit presque tous les cas de guérison.

Cette curabilité, en général, n'est pas entièrement spontanée ; de l'étude des observations que nous avons

publiées, il résulte que le traitement médical paraît avoir une efficacité réelle, soit en reconstituant l'organisme (iodure de fer, iodure de potassium, arsenic, nourriture convenable, hygiène), soit en luttant contre la lésion locale par des révulsifs (vésicatoires, badigeonnages iodés, pointes de feu), par des applications collodionnées, et en traitant les symptômes (anorexie, diarrhée, constipation, douleurs). Il suffit de parcourir les observations pour voir que ce traitement est toujours long et quelquefois très douloureux : quelques-uns de nos malades ont subi des pointes de feu sur l'abdomen tous les deux ou trois jours, pendant quelques semaines.

Il existe, toutefois, des cas où l'expectation a fait tous les frais du traitement; à la *Clinical Society* de Londres, M. Finlay (1) en rapportait dernièrement un exemple concernant un garçon de 17 ans, guéri d'une péritonite ascitique et d'une pleurésie double, cas analogue à ceux que nous avons cités sous les numéros 31 et 38 de notre tableau A (Statistique de M. Perroud).

A la même séance, Bastian, Burney-Yeo, ont cité chacun des observations ; la publication de cas isolés, comme ceux-là, montre que la péritonite tuberculeuse est curable, ce que l'on sait depuis longtemps, mais non dans quelles proportions, ce que l'on ne sait pas encore d'une façon certaine.

(1) *Bulletin médical*, 5 novembre 1890.

CHAPITRE II

DE LA LAPAROTOMIE DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE SES INDICATIONS ET SES CONTRE-INDICATIONS

Nous venons de voir dans le chapitre précédent, par l'étude de nos observations personnelles et de celles relatées par les auteurs qui nous ont précédé, que s'il est un fait acquis, c'est bien assurément la guérison de quelques-unes des formes de la péritonite tuberculeuse, après un traitement médical qui, quelquefois, a été purement expectant, mais qui, souvent, a consisté en une révulsion extrêmement douloureuse et fréquemment répétée durant plusieurs mois.

Nous sommes actuellement en mesure d'examiner la question de savoir si la laparotomie peut changer quelque chose au cours normal de la maladie, si elle peut la juguler, ou au moins en abréger le cours ; dans le cas où elle ne s'adresserait pas à toutes les

formes, quelles sont celles qu'elle peut combattre efficacement, et enfin, étant donnée précisément une de ces formes, quelles sont les indications et les contre-indications de l'intervention chirurgicale.

Pour que cette étude offre un certain parallélisme avec celle qui la précède, il nous faut évidemment abandonner les errements habituellement suivis, et chercher à classer l'ensemble des observations publiées, ainsi que celles qui nous sont personnelles, en trois grandes classes semblables à celles que nous avons adoptées pour les tableaux A et B.

Mais auparavant, et pour être complet, qu'il nous soit permis, — sans refaire un historique que l'on a déjà pu lire au cours de notre introduction, — de résumer brièvement les opinions des principaux auteurs sur la question qui nous occupe. Alors seulement nous reprendrons l'ensemble de leurs observations, et en y ajoutant les nôtres, nous essayerons de les classer méthodiquement; dès lors, les conclusions relatives à la valeur de l'intervention et à ses indications générales ou spéciales seront faciles à déduire.

Après la célèbre opération de Spencer Wells, en 1862, on cite diverses opérations faites, soit comme la première, par erreur de diagnostic, soit pour remédier à une ascite offrant un danger imminent; mais c'est Kœnig (1) qui, le premier, recommanda

(1) Kœnig. Ueber diffuse peritoneale Tuberculose und die durch solche hervorgerufenen scheingeschwülste im Bauch, nebst Bemerkungen zur Prognose und Behandlung dieser Krankheit, *Centralblatt für Chirurgie*, 1884, n° 6, p. 80 et suiv.

de faire la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, préalablement diagnostiquée. En 1886, Truc (1) peut réunir onze observations, qu'il divise en trois groupes : dans un premier groupe, il s'agit d'un épanchement ascitique, le but du traitement a été purement symptomatique; Naumann (2) a traité deux péritonites tuberculeuses avec ascite considérable par l'incision; mort dans le premier cas, au bout de six jours; dans le deuxième cas, le quatorzième jour; Kœnig, dans un cas analogue, a eu une mort cinq mois après, de tuberculose généralisée, « il faut donc s'abstenir dans tous les cas de ce « genre »; dans un deuxième groupe, il classe des observations où l'on a visé, mais sans illusion thérapeutique, des péritonites tuberculeuses, et cite les observations de Schmidt, de Wade, de Launois, de Spencer Wells, toutes terminées par des guérisons (nous avons vu que le cas de Launois n'était probablement pas tuberculeux); enfin, dans un troisième groupe, le plus nombreux, il s'agit d'observations où l'on croit à un kyste de l'ovaire, et où l'on intervient par erreur de diagnostic. Telles, les observations de Kœnig (trois observations); la première observation de Spencer Wells, un cas de Naumann, un de Jacobi, un de Létiévant; en tout, sept observations suivies de succès. La paroi d'enkystement était constituée par des

(1) Truc. *Loc. cit.*

(2) Naumann. Fall von Tuberc. perit. behandl. med. laparotomie. *Centralbl. f. chir.*, 1886, nº 2, p, 3.

fausses membranes, plus ou moins épaisses : dans plusieurs cas, on enleva des fausses membranes tapissées de granulations tuberculeuses, et on réséqua même des lambeaux d'épiploon très granuleux. Voilà donc, dit Truc, onze observations, dont neuf avec succès ; cette statistique est encourageante, même si on objecte que les cas malheureux n'ont pas toujours été publiés. Les insuccès peuvent être attribués à des lésions tuberculeuses viscérales disséminées, à une cachexie avancée. Truc, puis Spillmann et Ganzinotty, qui, sur ce point, n'ont fait que reproduire les idées de Truc, résument leur opinion en disant que : 1° la forme miliaire, véritable granulie péritonéale, est au-dessus des ressources de l'art ; 2° la forme pseudo-membraneuse, déterminant parfois des accidents d'occlusion intestinales, n'autorise pas davantage l'action du chirurgien ; 3° la forme avec épanchement seule est susceptible d'un traitement opératoire ; si l'épanchement est ascitique, il pourra être traité par la ponction, mais jamais par la laparotomie, qui, dans deux cas (Naumann), a provoqué la mort ; au contraire, si l'épanchement est purulent, la laparotomie est indiquée. Accessoirement, Truc propose de traiter les épanchements purulents enkystés par la ponction aspiratrice suivie d'injection d'éther iodoformé. En somme, Truc n'avait pas à sa disposition une série assez considérable d'observations pour arriver à des conclusions bien fermes ; il cite, sans y souscrire complètement, l'opinion de Lawson Tait, qui, ayant opéré plus de quarante péritonites de tout ordre, dit

formellement, dans une lettre à Truc : « Toutes les « fois que je suis en présence d'une péritonite loca- « lisée ou généralisée, quelle qu'en soit la cause, « j'ouvre et je me conduis selon les données four- « nies par l'examen direct. *La péritonite est, dans « les affections abdominales, la plus puissante des « indications opératoires.* »

C'était indiquer la possibilité de l'innocuité, dans les cas douteux, d'une incision exploratrice, d'une *probe-incision.* Cette opération exploratrice entre, en effet, bientôt dans les mœurs des chirurgiens allemands, et l'on en trouve la preuve dans les conclusion d'un mémoire de Schwarz (1), élève de Breisky, à la clinique gynécologique de Vienne : « Quand on a « diagnostiqué avec certitude une tuberculose du « péritoine, une incision palliative doit toujours être « préférée à la ponction; le liquide doit autant que « possible être évacué, et il faut désinfecter le péri- « toine avec le plus grand soin. Le mieux est d'em- « ployer la méthode sèche, et la fermeture complète « de la plaie. La jeunesse n'est pas une contre-indi- « cation, mais au contraire une indication pour l'o- « pération, à cause de la facilité qu'elle donne pour « la respiration et l'augmentation des forces. Dans « les cas douteux, on fait une incision exploratrice. » Peu de temps après la publication de ce travail, au 26e Congrès de la Société allemande de chirurgie, à Berlin, au milieu d'avril 1887, une discus-

(1) Schwarz, *Wiener medizin. Wochenschr*, 1887, n° 13, sur l'incision palliative dans la tuberculose du péritoine.

sion fut provoquée par Kümmell de Hambourg, sur la laparotomie dans la tuberculose péritonéale; ce chirurgien relate vingt-huit cas, déjà publiés où inédits; deux seulement se sont terminés par la mort; en conséquence, Kümmell plaide pour l'opération, lors même que le poumon commence à être atteint. Au cours de la discussion, Esmarch rapporte trois cas personnels, trois succès; Mikulicz, un cas, un décès; Wagner, un cas, une guérison depuis deux ans et demi; Hirschberg de Francfort, mentionne un cas dans lequel, lorsque, huit mois après l'opération, on fit l'autopsie, les granulations tuberculeuses, constatées par la laparotomie, avaient disparu.

Cependant, au milieu de ce concert de dithyrambes en l'honneur de la laparotomie, une voix s'élève, et une voix autorisée, celle de Pribram (1), de Prague, en 1887 ; Pribram n'est pas un adversaire de l'intervention, mais par une étude approfondie de l'affection, et de toutes les observations jusque-là publiées, il veut chercher à en poser les indications, et aussi les contre-indications que n'ont pas signalées ceux qui l'ont précédé. Dans sa remarquable étude, il conclut que dans la granulie généralisée, aucune thérapeutique n'est à employer ; au contraire, dans la péritonite tuberculeuse pure, on pourra souvent obtenir des résultats avec un traitement méthodique. Cependant, si la résorption du pus ne se fait pas, si l'on n'est pas arrivé par les moyens indiqués à obtenir la diminution de la fièvre hectique, après quelques

(1) Pribram, *loc. cit.*

semaines, il faut agiter la question de l'incision palliative; cette incision ne pourra être indiquée que lorsqu'il s'agira de tuberculose purement péritonéale, sans ulcérations intestinales ; une très légère tuberculose pulmonaire, par contre, ne sera pas une contre-indication absolue. Enfin, le diagnostic est-il douteux, entre un kyste de l'ovaire et une tuberculose péritonéale, la laparotomie exploratrice est *naturellement* indiquée.

Peu de temps après, et utilisant la remarquable étude de Pribram, notre ami Ch. Audry (1), dans une excellente revue critique, analyse les cas jusque-là publiés, soit un total de soixante-trois observations, et ne trouve que huit morts.

De cette étude il conclut qu'il y a trois indications incontestables, l'obstruction intestinale, la suppuration, et la nécesité d'une incision exploratrice ; d'autre part, une indication encore contestable, le traitement de l'affection pure, sans complications. La péritonite tuberculeuse étant spontanément curable, ce n'est que lorsqu'un traitement médical aura échoué que l'on pourra songer à intervenir ; et encore faudra-t-il que cette péritonite tuberculeuse soit localisée, « la péritonite largement étalée sur l'intestin étant difficilement attaquable ».

En 1889, paraît en France la première monogra-

(1) Ch. Audry, Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, *Lyon Médical*, 1887.

— V. sur le même sujet, Secheyron, *Nouv. Arch. d'obstétrique et de gynécologie*, 1887.

phie importante sur la question, la thèse de Maurange (1). On trouvera dans ce consciencieux travail la reproduction de 71 observations dues à Spencer Wells, Dohrn, Naumann, Lindfors, Hégar, Kœnig, Homans, Bœrner, Poten, Schwarz, Frommell, Hirschberg, Ahlfeld, Meinert, Grœfe, Martin, Battlehner, Olshausen, Sæxinger, Hofmokl, Von Preuss-Bilin, Esmarch, Mikulicz, Wagner, Kappeler, Petri, Schmalfuss, Kümmell, Jacobi, Mayo Robson, Mary Snoddy, Whetstone, Clarke, Knaggs, Van de Warker, Square, Bampton, Homans, Pepper, Elliott, Morrill et Bradford, Cabot, Tèdenat, Launois, Cadet de Gassicourt, Létiévaut, Lebel, Jeannel, Demons, Lanelongue (de Bordeaux) (2).

Sur ces 71 opérations, il n'y a que 6 décès post-opératoires, et 7 par généralisation ; c'est donc 83,08 0/0 de succès opératoires, dont près de la moitié, 39,43 0/0 à titre définitif (malades suivis au moins un an).

Mais d'autre part, la péritonite tuberculeuse peut guérir sans opération, donc on ne doit se résoudre à cette extrémité que lorsque le danger presse, que les forces du sujet s'en vont et qu'il n'y a plus *rien* à espérer du traitement médical. « Sans doute, dit « Maurange, les résultats sont remarquables, mais « nous ne devons pas oublier que notre statistique « donne 7,07 °/₀ de décès post-opératoires ; que la

(1) Maurange, *loc. cit.*

(2) Pour les indications bibliographiques relatives à ces observations, voir la th. de Maurange.

« généralisation s'est poursuivie et a amené la mort
« dans 9,85 °/$_0$ des cas, et qu'enfin la guérison n'a
« été que temporaire dans 2,12 °/$_0$... Il n'y pas de
« traitement chirurgical dans la forme très aiguë
« (granulie) et dans cette forme fibreuse qui guérit,
« ou reste toujours bénigne. Mais pour nous l'in-
« dication de l'intervention existe toutes les fois que
« l'état général s'aggrave, ou que la généralisation
« menace de se faire. Dans ces cas, il y a presque
« toujours de l'ascite, mais elle n'a pas besoin d'être,
« comme le veulent la plupart des auteurs, le symp-
« tôme clinique capital, pour nécessiter l'interven-
« tion. Ce sont bien plutôt les symptômes généraux
« que les symptômes locaux qui doivent guider
« notre conduite » Et plus loin : « lorsque malgré
« un traitement médical patiemment dirigé, malgré
« la ponction suivie d'injections modificatrices, les
« phénomènes persistent et s'aggravent, que la
« généralisation menace, il faut recourir à la lapa-
« rotomie. » Un peu plus haut, on lit : « Loin de rétro-
« céder sous l'influence d'un régime sévère, la périto-
« nite tuberculeuse s'aggrave tous les jours. L'ascite
« devient de plus en plus considérable, le ventre est
« fortement distendu. Notre malade maigrit, elle est
« en proie à la fièvre vespérale, et vomit. En un
« mot l'élément phlegmasique domine... En même
« temps, nous trouvons en arrière, vers la base du
« poumon, de la matité, les signes d'un épanche-
« ment. Alors, il n'y a pas à hésiter, le chirurgien
« doit intervenir. »

Peu de temps auparavant, R. Trzebicky (1) se basant sur deux observations de Mikulicz, que l'on trouvera, très résumées, dans la thèse de Maurange, disait que « dans la péritonite tuberculeuse, on doit *avec plein espoir et le droit de compter sur le succès, tenter une opération...*; la laparotomie, exécutée d'après les principes de la chirurgie moderne, doit être, dans les cas indiqués, envisagée comme une opération presque sans danger... Ce fait que, dans un cas, il s'est produit une tuberculose miliaire aiguë, ne peut être imputé à l'opération elle-même, pas plus que dans un cas de redressement forcé d'une articulation ankylosée, on ne peut imputer à l'intervention l'infection de tout l'organisme... Le pronostic de l'opération, ici comme dans les autres tuberculoses locales, est influencé par la présence et par le degré des affections tuberculeuses dont les autres organes, et en particulier les poumons, peuvent être le siège. »

Heydenreich (2) dit que l'influence favorable de la laparotomie, dans un grand nombre de cas, ne saurait être mise en doute ; pour lui, l'intervention est nettement indiquée, lorsque la péritonite tuberculeuse est franchement circonscrite et a donné lieu à une poche purulente, ou même séreuse ; par contre,

(1) Trzebicky, *Przyczynek do laparotomie w ruz'liczem Zapaleniu Otrzzewny*: Contribution à l'étude de la laparotomie dans la tuberculose du péritoine Przegl. lek., Krakow, 1887, xxxvi, 558, 603. — Du même: *in Wiener Med. Wochenschrift*, 1888, p. 182 et 214, nº 6, 1888.

(2) Hydenreich, La laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, *in Semaine médicale,* 1888, p. 473.

elle doit être rejetée dans la forme miliaire aiguë qui est au-dessus des ressources de l'art. et dans la forme ascitique généralisée : une simple ponction suffit alors pour débarrasser le péritoine de son liquide, et l'on se trouve désarmé en face de tubercules disséminés sur toute la surface de la séreuse. La cachexie est une autre indication.

La question en était là, lorsque les discussions qui eurent lieu à la sixième réunion de la Société italienne de chirurgie, en avril 1889, à Bologne (1), donnèrent à la question un grand intérêt d'actualité. Le professeur Ceccherelli, de Parme, fit, sur le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse une très importante communication.

Voici, d'abord, ses observations, que nous n'avons pas trouvées reproduites dans la thèse de Maurange.

OBSERVATION I

(Série C)

CECCHERELLI

Femme de 28 ans; la laparotomie fit voir un péritoine couvert de tubercules et une grande quantité de liquide; on lava la cavité avec une solution de thymol, et fit un pansement iodoformé. Aujourd'hui, après six mois, la guérison se maintient (avril 1889).

OBSERVATION II

CECCHERELLI

Garçon de 11 ans, chez lequel une ascite s'était développée

(1) Compte-rendu, *in Revue de Chirurgie*, 1889.

lentement. Laparotomie. Péritoine couvert de tubercules. Lavage au thymol, même traitement que dans le premier cas. Mais au bout d'un mois, l'ascite s'est reproduite. Une nouvelle laparotomie permit de voir de nombreuses adhérences entre les anses de l'intestin grêle.

Un mois après, le liquide ascitique avait notablement diminué, mais on constatait des signes d'induration au sommet d'un poumon.

Dans les fragments de péritoine excisés lors de la première opération, tubercules histologiques; cultures négatives. Dans les fragments du péritoine excisés lors de la deuxième opération, les tubercules avaient disparu en certains points. Dans deux fragments, on voyait une guirlande épaisse de tissu connectif de nouvelle formation. Les cultures donnèrent des résultats négatifs.

OBSERVATION III

Garçon de 13 ans. Laparotomie. Adhérences infiltrées de tubercules. Même traitement. Un mois après, ventre globuleux.

OBSERVATION IV

Fillette de 8 ans, malade depuis un mois. Laparotomie: adhérences péritonéales serrées et infiltrées de tubercules. Lavage péritonéal, même traitement que dans les cas précédents. Au microscope, bacilles ; cultures négatives.

De l'étude de ces observations, Ceccherelli conclut qu'il faut distinguer deux formes de péritonite tuberculeuse, une forme sèche et une forme ascitique. Dans le premier cas, la laparotomie est inutile, à cause de l'impossibilité où se trouve le chirurgien

d'examiner la cavité abdominale, à cause des adhérences qu'on ne peut détacher sans danger.

Elle est utile et nécessaire dans les cas de collection enkystée ; dans le cas contraire, la paracentèse et les lavages peuvent être utilisés.

A la suite de cette communication, une discussion s'engage.

Le professeur Durante, de Rome, avoue n'avoir aucune expérience sur ce sujet, mais il est persuadé que les guérisons de péritonite tuberculeuse ne sont que temporaires et la cure simplement palliative.

Le professeur Bassini, de Padoue, cite les cas suivants :

OBSERVATION V

Bassini

Femme de 23 ans ; tuméfaction abdominale ; ascite. Laparotomie exploratrice. Tout le péritoine est farci de petits nodules de couleur blanchâtre. De petits fragments, à l'examen, furent reconnus de nature tuberculeuse.

Un an 1/2 après, elle meurt de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION VI

Bassini

Dans un cas analogue (?) Bassini fit la laparotomie et un lavage soigné du péritoine. La malade guérit de l'opération, mais deux ans après, elle mourut de tuberculose du poumon.

Donc la laparotomie, dit Bassini, est simplement palliative, et n'a d'autre but que de guérir l'ascite.

Ferrari (obs. VII) cite un cas analogue (?) à celui de Bassini.

Nous n'avons malheureusement pu nous procurer le texte *in extenso* de ces diverses communications, non plus que de celles de Ruggi (obs. VIII, IX et X), qui sur 115 laparotomies, en un an 1/2, a obtenu 107 guérisons, 8 morts. Parmi ces opérations, il compte 3 tuberculoses du péritoine, 3 guérisons. Nous n'avons pas d'autre détail.

Le 22 février 1889, à la *Royal Acad. of. med. in Irland,* O'Callaghan (1), fait une communication enthousiaste sur le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie et le lavage sans drainage ; d'une observation suivie de succès, et dont nous publions ici le texte, il conclut que « lorsqu'une péritonite tuberculeuse est bien mani-« feste et qu'un certain temps a été donné au traite-« ment médical, il est de notre devoir, en honnêtes « chirurgiens *(sic)* d'ouvrir et de laver l'abdomen... « Il faut que l'on sache bien que le péritoine n'est « plus une arche sainte, comme on avait l'habi-« tude de le croire, et que, dans ces conditions, c'est « de la conscience que de recommander l'opéra-« tion. »

OBSERVATION XI.

O'Callaghan (Traduction inédite).

James G.... 15 ans, entre à l'infirmerie du comté de Carlow le 7 juin 1888. Pas d'antécédents héréditaires ; ses

(1) O'Callaghan. The treatment of Tubercular Peritonitis by abdominal Section and Flushing and without Drainage, *in Dublin medical Journal*, vol. LXXXVII, 1889.

parents sont tous vivants, sauf sa mère qui mourut d'une fièvre. Aspect du malade : émaciation générale, faciès pâle, cercle noir autour des yeux, avec une rougeur brillante des pommettes. Respiration précipitée. Abdomen très distendu, mais symétrique. Coliques sourdes, avec alternatives de rémission et d'exacerbation, mais continuelles, nuit et jour. Douleur à la pression plus ou moins vive. Appétit nul. Il pouvait seulement prendre une petite quantité de liquide qu'il vomissait fréquemment. Constipation. Urine peu abondante. Peau séche et rude. Début de l'affection : il y a un mois, à la suite d'un coup de tête qu'un enfant lui aurait donné dans la région stomacale, en jouant à foot-ball.

Il me fut envoyé comme un cas d'ascite d'origine hépatique et, à ce moment, pensant que cela pouvait être, je le traitai pour une maladie de foie ; badigeonnages iodés matin et soir. Cependant la maladie faisait des progrès, et la diarrhée survint. Tenant compte des particularités du cas, de l'âge du patient, de l'état des principaux organes, je décidai, dans la première semaine de son entrée, que c'était une péritonite tuberculeuse, et que la seule chance de salut était une intervention opératoire. A ce diagnostic, un premier médecin donna son approbation, il eut l'obligeance de faire l'anesthésie (éther).

Le pouls était à 98°, faible, filiforme ; la température variait de 100° à 101° F.

J'ouvris l'abdomen sur la ligne médiane, à égale distance entre le pubis et l'ombilic, faisant une ouverture suffisante pour admettre mon doigt. Il s'écoula rapidement un gallon au plus de liquide lactescent, séro-purulent ; péritoine couvert de petits nodules miliaires. En introduisant mon index dans chaque direction, je trouvai le même état des organes. Avec quelques petites difficultés dues aux adhérences, je développai une portion de mésentère qui me parut analogue à du frai de poisson ou à l'intérieur d'une figue. Je lavai la cavité péritonéale avec de l'eau chaude, jusqu'à ce que le liquide, d'abord sanguinolent, ressortît clair. Alors, tournant l'enfant

sur le côté, j'évacuai ce liquide le mieux possible. Je plaçai deux points de suture. Je couvris l'enfant avec de la laine, et on le mit au lit.

A l'exception d'une légère élévation de température le troisième jour, avec mauvais état général et tympanisme, dont un traitement approprié eut rapidement raison, la guérison a progressé d'une façon ininterrompue. La troisième semaine il était debout, et avait déjà l'énorme appétit qu'il possède encore.

Vous avez vu l'autre soir qu'il n'y avait plus de traces de la maladie passée, et il est maintenant capable d'aller rejoindre son frère en Australie.

En France, plusieurs chirurgiens opèrent des péritonites tuberculeuses, et la thèse de Maurange n'est pas le seul travail d'ensemble sur la question. Au Congrès de chirurgie, tenu à Paris le 10 octobre 1889, le traitement chirurgical de la péritonite est à l'ordre du jour, et à la suite de plusieurs communications sur l'intervention dans les péritonites septique, puerpérale, traumatique, etc., la parole est donnée au professeur Démosthène, de Bucharest, qui présente sur ce sujet une étude d'une importance capitale et que nous devons analyser avec quelques détails.

L'identité structurale des séreuses pulmonaire et péritonéale nous impose, d'après Démosthène, à peu près la même conduite dans le traitement des pleurésies et des péritonites purulentes, de nature tuberculeuse ou septique.

Il croit devoir distinguer trois formes de péritonite tuberculeuse purulente, d'après les cas qu'il a observés.

1° *Péritonite générale miliaire :* granulations miliaires sur tout le péritoine, sans dépôt, ni fausses membranes, sans adhérences, accompagnées seulement d'un exsudat ascitique, séreux, très abondant, devenant facilement séro-purulent, puis purulent, et se reproduisant après évacuation, très rapidement. Suffocation imminente ; pas de phénomènes pulmonaires. L'amaigrissement, la pâleur, les troubles digestifs, un léger mouvement fébrile persistant, indiquent un état morbide général à marche lente et chronique.

OBSERVATION XII

Publiée par DÉMOSTHÈNE (de Bucharest), Congrès de chirurgie 1889.

(Résumé).

Péritonite tuberculeuse ascitique séreuse devenue purulente. Laparotomie. Lavage à l'acide borique ; drainage. Reproduction extraordinaire du pus malgré les évacuations plusieurs fois répétées. Mort par spoliation et épuisement, trois mois après l'opération.

Zinca Manolesco, 28 ans. Antécédents tuberculeux héréditaires et collatéraux. Mariée à 25 ans, a eu deux enfants, morts, l'une de scarlatine, l'autre d'inanition. Menstruation régulière.

Antécédents. — Depuis mars 1887, inapétence, douleurs abdominales à partir du 15 avril, augmentation de volume du ventre ; le 2 juin, entrée pour péritonite tuberculeuse ascitique dans un service de médecine, où on lui fait une ponction au Potain ; issue de 3900 gr. de liquide séreux, trouble, opalescent. Le 19 juin elle entre en chirurgie.

Etat présent. — Amaigrissement ; abdomen distendu, oppression ; ponction à la seringue de Pravaz, liquide trouble, puriforme. Respiration rude au sommet gauche, craque-

ments au sommet droit. Appétit nul, constipation. Aménorrhée depuis trois mois. Légère albuminurie.

22 juin. — Oppression augmente. Température vespérale élevée de 1/2 à 1°.

23 juin. — Laparotomie pratiquée avec toutes les précautions aseptiques et antiseptiques. Incision de 10 centimètres sur la ligne blanche. Péritoine épaissi, sans granulations. Issue de 5 litres d'un liquide puriforme. Anses intestinales recouvertes de granulations miliaires, sans aucune adhérence. Les anses intestinales mettent obstacle au libre écoulement du pus, ainsi qu'au lavage complet à l'acide borique chaud, pratiqué séance tenante. Suture (isolée pour le péritoine) avec soie phéniquée et drainage par capillarité, selon la méthode de Mickulicz. Pansement ouaté, iodoformé, stérilisé, compressif.

Du 24 juin au 6 juillet, suppuration constante. On remplace les mèches par quatre tubes de caoutchouc. Malgré cela le drainage se fait mal, par suite de la compression des tubes par les lèvres de la plaie. L'abdomen ayant de nouveau augmenté, le docteur Braïlow, en l'absence du docteur Démosthène, fait avec le trocart une ponction au lieu d'élection; issue de 5 litres de pus, d'odeur assez forte et mêlé de petits flocons.

22 juillet — Seconde ponction; 4 litres de pus; 8 août, 4 litres; 20 août, 5 litres. On agrandit la fistule et on introduit un double tube à drainage, que l'on remplace à son tour par une canule gastrique en argent, pour éviter l'affaissement. Mais la malade, ayant perdu en 3 mois 1/2 plus de 25 litres de liquide, meurt épuisée le 11 septembre.

Pendant tout ce temps, le mouvement fébrile quoique peu accusé (37°,05 — 38°,05) s'est constamment maintenu avec des exacerbations vespérales.

Nous ne voyons pas la nécessité de faire une classe à part pour cette observation et pour celles qui lui ressemblent; il s'agit en somme d'une forme asci-

tique, dans laquelle l'épanchement est tantôt séreux, tantôt séro-purulent ; c'est là la régle. Il est vrai que dans ce cas particulier on a observé une évolution vers la purulence vraie ; mais la ponction n'y serait-elle pas pour quelque chose ?

La deuxième forme, pour Démosthène, est une péritonite purulente locale, enkystée primitivement dans une seule loge et devenant multiloculaire par la suite. Telle l'observation suivante :

OBSERVATION XIII

Communiquée par DÉMOSTHÈNE au Congrès français de Chirurgie (1889)

(Résumé)

Péritonite purulente tuberculeuse, primitivement enkystée dans la région ombilicale droite. — Laparotomie. — Lavages antiseptiques (au sublimé, à l'acide phénique, au naphtol) - Drainage. — Pansement à l'iodoforme. - Bacilles de Koch dans les crachats. — Inoculation du pus chez le cobaye, suivie de résultats positifs. — Persistance d'un trajet fistuleux. - Marche progressive de l'infection générale et apparition d'autres foyers purulents dans le péritoine. — Mort 75 jours après l'opération.

Stan Dumitru, soldat du contingent de 1887, entré à l'hôpital central de l'armée de Bucharest, le 4 mai 1880.

Pas d'antécédents héréditaires. A lui-même des antécédents paludéens. Trompette dans l'armée ; attribue à ce service le mal de poitrine avec hémoptysies pour lequel il a fait un séjour de deux mois à l'hôpital. En mars 1889, frissons, chaleur, douleurs abdominales ; entré le 21 avril (en médecine), traité par des compresses froides et la décoction de Sydenham. T. R. 37°5, 38°9, sauf le soir du 27 avril, où elle a atteint 40°.

Etat présent. — Le 4 mai, passe en chirurgie. Voussure et empâtement douloureux du côté droit du ventre. Inappétence,

submatité et respiration rude au sommet gauche ; craquements au sommet droit. T. R. matin 37°3, soir 38°5. Pouls faible, 82 matin, 90 soir.

5 mai. — T. R. matin 37°5, soir 39°3. Pouls, matin 84 ; soir 93.

6 mai. — Ponction exploratrice, au-dessus et à droite de l'ombilic, ramène pus blanc, jaunâtre et consistant.

7 mai. — Laparotomie : Extraction d'une demi-seringue de pus que l'on injecte immédiatement dans la cavité péritonéale d'un lapin. — Incision de 8 centimètres à deux travers de doigt à droite de l'ombilic et parallèlement à la ligne blanche. Péritoine épais, rougeâtre ; adhérence des anses intestinales, sans granulations. Après avoir introduit le doigt entre deux anses, issue de 500 grammes de pus, d'une poche contenant des flocons et des détritus que l'on évacue par un lavage à l'eau distillée tiède, puis à l'acide phénique chaud à 2 pour 100.

Drain de la grosseur de l'index. Sutures profondes et superficielles. On saupoudre la plaie d'iodoforme. Pansement ouaté stérilisé.

T. R. 38°. Pouls petit 80. Douleurs abdominales.

8 mai. — T. R. matin 37°5, soir, 37°9.

Du 9 au 13 mai, fréquentes élévations vespérales de la température. On change le pansement presque tous les jours. Toux, expectoration bacilaire, sueurs nocturnes.

9 juin. — Etat fébrile, plaie fongueuse.

21 juin. — On inocule du pus de la fistule à un cobaye.

Du 22 juin au 13 juillet. — Diarrhée, sueurs nocturnes, amaigrissement, consomption fébrile, vomissements, abdomen météorisé et douloureux du côté gauche. Le malade meurt dans le marasme le 20 juillet.

Nécropsie du sujet. Liquide séro-purulent jaune verdâtre dans le péritoine qui est épaissi ; une couche de pus crémeux recouvre les intestins. Circonvolutions intestinales englobées en une seule masse avec le péritoine, le foie et la rate. Au dessus de la rate, loge fermée contenant 500 grammes d'un

pus épais. Les anses intestinales restent béantes après leur incision. Quelques exulcérations intestinales. Fistule fongueuse. Ganglions mésentériques caséeux. Granulations miliaires dans le foie, les reins et à la surface de la rate. Nombreux tubercules pulmonaires.

Nécropsie du lapin. — Un mois après l'inoculation, l'animal, qui s'était toujours bien porté, ne présente aucune lésion tuberculeuse.

Nécropsie du cobaye. — Un mois après l'inoculation, l'animal se portait bien et avait même engraissé. En le sacrifiant, trente-un jours après l'inoculation, nous trouvons des granulations miliaires dans la rate et le foie. Les ganglions mésentériques sont un peu grossis. Les poumons paraissent indemnes.

Il s'agit d'une forme ulcéreuse suppurée, à point de départ probablement intestinal ; nous savons que c'est dans cette forme que s'observent le plus souvent les lésions de l'intestin. Il n'y avait pas de granulations, les inoculations ont néanmoins été positives.

3° Péritonite purulente enkystée, simple variété de la précédente, ainsi que le montre l'observation.

OBSERVATION XIV.

Communiquée par DÉMOSTHÈNE, de Bucharest, au Congrès français de chirurgie, 1889.

(Résumé).

Péritonite purulente tuberculeuse, enkystée dans la région hypogastrique gauche. — Laparotomie. — Perforation intestinale et fistule stercorale consécutive durant sept jours. — Lavages au sublimé corrosif, à l'acide phénique, au naphtol. — Drainage. — Bacilles de Koch dans les crachats. Inoculation intra-péritonéale chez le cobaye suivie de granulie viscérale. — Guérison.

Constantin Alexandrii, soldat du contingent de 1886, entré le 12 mars, pour péritonite purulente.

Père mort de la pelagre, mère d'affection indéterminée. Pas d'antécédents collatéraux. 16 février, douleurs de ventre; jusqu'au 12 mars, T, R. matin entre 36° et 37°; soir, entre 37°,4 et 38. Le 13 mars, amaigrissement, ballonnement douloureux du ventre. Respiration rude et quelques râles muqueux au sommet droit. Du 14 mars au 3 avril, intermittence des douleurs abdominales, exacerbation fébrile vespérale.

4 avril. — T. matin 37°; soir, 39°. Exagération des douleurs, surtout à gauche. Ponction avec la seringue de Pravaz, du côté gauche de l'hypogastre, ramène du pus jaunâtre, peu consistant.

5 avril. — Laparotomie médiane de 9cm descendant à 3cm de la symphyse; péritoine très vascularisé, épaissi, adhérent aux anses intestinales. Après la première ouverture, il ne sort rien. Une ponction exploratrice à gauche amène du pus, alors on insinue le doigt entre deux anses intestinales, et on donne issue à 200 gr. de pus inodore, jaune-grisâtre. Poche purulente occupe la plus grande partie de l'hypogastre gauche. Une petite perforation intestinale s'était produite au cours de l'opération, on ne peut la retrouver; aussi fait-on des lavages abondants avec l'eau distillée chaude, puis avec du sublimé à 1/2000. Double drain; points de suture sur le péritoine. Iodoforme en poudre sur la plaie. Pansement stérilisé. Lavements d'hydrate de chloral. T. R. soir, 40°. Pouls 94. 11 avril, on enlève les sutures qui ont tenu jusqu'au 12 avril; matières fécales dans le pansement, pas de fièvre. Pansement deux fois par jour. Du 13 au 18 avril, bon état général. Pansement tous les jours. — 23 avril, abcès à l'anus. — Mai et juin. — Le malade va bien, sauf quelques incidents. Une fistule persiste jusqu'au commencement d'août. Les crachats qui contiennent des bacilles le 14 mai, n'en contiennent plus le 9 avril.

Le 25 août, on congédie le malade guéri, après avoir de nouveau innoculé un cobaye, avec le peu de pus que l'on a pu extraire sur un stylet difficilement introduit dans le très petit pertuis fistuleux, long de 6 millimètres, qui en reste.

Nécropsie du premier cobaye inoculé le 21 juin. — 21 juillet, nombreuses granulations tuberculeuses sur le foie ; deux sur le péritoine stomacal ; de nombreuses sur la rate ; ganglions mésentériques tuméfiés. Poumons indemnes.

Nécropsie du second cobaye inoculé après la guérison avec du pus pris dans le pertuis fistuleux. Poids au moment de l'inoculation (22 août), 380 gr.; le jour où l'animal est sacrifié, 385 gr. Cobaye bien portant, vif, au poil luisant,

23 septembre (33 jours après inoculation), autopsie. Les deux poumons sont un peu anémiés, quelques granulations et quelques tubercules caséeux. Péritoine légèrement hypérémié ; sur la surface convexe du foie, cinq groupes de petites granulations blanc-grisâtres. Rate farcie de granulations miliaires. Reins et ganglions mésentériques indemnes. Ganglions inguinaux gauches tuméfiés.

Au cours de la discussion qui suivit la communication de Démosthène, Demons rappelle ses observations personnelles, déjà parues dans la thèse de Maurange ; pour lui, dans la majorité des cas de péritonite tuberculeuse, le traitement chirurgical est vraiment efficace, sans qu'il soit nécessaire de faire l'ablation des produits néoplasiques.

Labbé dit qu'il a opéré des péritonites tuberculeuses (Obs. XV, XVI, XVII, XVIII), 3 fois à la suite d'une erreur de diagnostic ; dans deux de ces cas, il croyait à un kyste de l'ovaire ; deux ou trois ans après, ces malades se portaient bien. Chez ses deux autres opérées, il y avait une inflammation chronique du péritoine, et huit à dix litres de liquide. Chez l'une d'elles, il y avait coïncidence d'un petit kyste avec un épanchement péritonitique purulent ; la malade était une jeune fille de 20 ans, dont les

viscères abdominaux étaient refoulés en avant, et séparés par un diaphragme de fausses nombranes de l'épanchement purulent profond. Chez ces deux dernières malades, dont la surface péritonéale était recouverte de multiples fausses membranes, il fit des lavages étendus, et un tamponnement avec de la charpie, disposée en queue de cerf-volant.

Enfin Brun et Routier communiquent chacun une observation ; mais l'observation de Brun a trait à une péritonite sus-ombilicale aiguë, comme le reconnaît l'auteur lui-même ; voici la seconde :

OBSERVATION XIX

Communiquée par Routier au congrès de chirurgie

(Résumé)

Femme de 41 ans, entrée le 2 août 1888, à l'hôpital Laënnec. Depuis six semaines, ventre gros, douloureux, constipation, pollakiurie, ténesme. Amaigrissement, perte des forces. L'abdomen semblait contenir une tumeur remontant au-dessus de l'ombilic, à fluctuaction nette, avec matité à convexité supérieure et sonorité dans les flancs ; à deux ou trois reprises, cependant, matité dans le flanc gauche, quand la malade se couchait de ce côté.

Utérus immobile ; col normal.

On crut à un kyste ovarique avec ascite.

Le 6 août, laparotomie. Ascite à liquide louche, granulations sur les deux feuillets du péritoine ; épiploon et ligament large, épaissis ; utérus couvert de granulations. On passe l'éponge sur ces surfaces, on évacue le liquide, et on referme. Suites simples. Sortie le 15 septembre 1888.

En octobre 1889, quatorze mois après, elle allait bien, avait repris son poste de concierge et remplissait toutes les charges de son métier.

La fin de l'année 1889 est marquée, en Allemagne par une série de publications sur le traitement de la péritonite tuberculeuse.

Schmidt (1), le 10 octobre, publie les deux observations suivantes, dont l'une s'est heureusement terminée et l'autre par la mort, au bout de quatre mois,

OBSERVATION XX

(Schmidt) Traduction inédite

M... 14 ans, fille d'un capitaine. Pas d'antécédents. Pendant l'hiver 1887-1888, chloro-anémie, conjonctivites phlycténulaires.

En mai 1888, elle remarque qu'elle ne peut plus boutonner ses robes. Examen : tumeur du volume d'une noix de coco, un peu fluctuante.

Diagnostic : kyste ovarique ou ascite enkystée.

Opération le 12 juin. Kyste adhérent contenant une sérosité très abondante ; la malade s'étant mise à vomir, une anse intestinale fait hernie, au travers de la plaie, et on remarque qu'elle est couverte de granulations allant jusqu'au volume d'une lentille. L'examen de la poche kystique, montre qu'elle est composée d'une tunique formée aux dépens du tissu conjonctif prépéritonéal, et du péritoine, et qu'il ne s'agit que d'une ascite enkystée.

Très bon résultat.

Au mois d'août, après un traitement ferrugineux, et une saison de bains de mer chauds, un régime fortifiant, la malade augmente de poids. Depuis, la malade a repris ses études et retourne en classe.

(1) Schmidt, zwei neue Laparotomien bei Bauchfelltuberculose ; in Centralblatt für Gynækologie, von H. Frisch, in Breslau, 10 août 1889.

OBSERVATION XXI

(Schmidt)

(Traduction inédite.)

A. R..., 16 ans, fille de paysans. Un frère mort de méningite tuberculeuse. En été 1887, entérite chronique, amaigrissement, coliques, syncopes.

A la fin d'octobre, apparition d'ascite.

Opération le 13 novembre ; il s'écoule un liquide clair, libre dans la cavité péritonéale ; quelques noyaux caséeux du volume d'un haricot dans l'épiploon. Du côté du cœur, quelques exsudats fibrineux.

Le péritoine pariétal est rugueux, inégal, et renferme d'innombrables petites granulations.

Après l'opération, bronchite. Au mois de décembre seulement, elle peut se relever.

Au mois de janvier, la malade n'allait ni mieux ni plus mal qu'avant l'opération.

Huile de ricin. Créosote.

A la fin de février, grande faiblesse.

A la fin de mars, hydropisie des jambes ; mort le 31 mars.

La conclusion à tirer de ces faits, d'après Schmidt, c'est que « nous ne sommes pas encore capables de « guérir la péritonite tuberculeuse, et qu'on ne peut « établir aucune comparaison entre un chirurgien « qui résèque une articulation tuberculeuse et enlève « du même coup tous les foyers malades, et celui « qui ouvre un ventre, et ne peut rien enlever ».

Vierordt (1) comme conclusion d'une intéressante

(1) Vierordt, Tuberculose der Serosen Haüten, *in Zeitschrift für klin. Med.* 1889.

étude sur la tuberculose des séreuses, dit, à propos du pronostic et du traitement de ces affections que « dans la plus grande partie des cas opérés, im-
« médiatement après la laparotomie suivie d'évacua-
« tion de la plus grande partie de l'exsudat, il s'est
« produit une amélioration, voire même un rétablis-
« sement complet, que la fièvre préexistante dispa-
« rut aussitôt, et que même fréquemment la conva-
« lescence et la guérison suivirent sans être trou-
« blées..... Puisque la laparotomie avec évacuation
« simple de l'ascite, est connue pour être, avec les
« précautions nécessaires, une opération excessive-
« ment peu dangereuse, je crois qu'il peut être bien
« réellement indiqué de traiter par l'intervention
« chirurgicale les cas correspondants, où l'on admet
« une tuberculose du péritoine ou éventuellement
« des membranes séreuses. »

Dans une discussion à la Société médicale de Berlin, le même auteur (1) affirme de nouveau son opinion, en déclarant que « la laparotomie donne sou-
« vent de l'amélioration, rarement de la récidive,
« presque jamais elle n'occasionne par elle-même la
« mort..... Une tuberculose légère des poumons ou
« des appareils génitaux ne contre-indique pas l'o-
« pération, mais c'est le contraire pour celle des
« intestins. Des épanchements enkystés ou des cas
« avec occlusion intestinale exigent l'opération,
« autrement il faut préférer une méthode expecta-
« tive. »

(1) Vierordt, *in Berliner klinische Wochenschrift*, p. 905, 14 octobre 89.

Au cours de la discussion qui suit cette communication. Pribram conseille vivement puisque les cas indiqués peuvent guérir d'eux-mèmes, de différer le plus possible l'opération.

Küssmaul se rallie à cette opinion, en s'appuyant sur quelques cas qu'il a personnellement observés, dans lesquels la maladie, bien que parvenue déjà à un degré très avancé, s'est complètement résolue. Pour cela, il faut un repos absolu au lit, un air pur, une alimentation convenable.

Vierordt répond que les résolutions franches dont il vient d'être parlé, n'ont généralement qu'une durée de trois ans environ, tandis que l'on sait que les gynécologistes ont obtenu des guérisons maintenues pendant dix ans après la laparotomie....

Nous espérions trouver dans Baginsky(1) une étude de la question, exprimant sur ce point l'opinion des « cliniciens internes » ; malheureusement ce chapitre est fort écourté ; après quelques mots sur le régime et la diététique, cet auteur dit simplement que les cas paraissent évoluer assez favorablement après la laparotomie et le lavage.

Si nous revenons aux publications chirurgicales, nous trouvons dans la *Deutscher medic. Wochenschrift*, un travail de Lohlein, de Giessen ; ses résultats sont inférieurs à ceux des chirurgiens précédents, ainsi qu'on en jugera à la lecture des observations.

(1) Baginsky, *Lehrbuch für Kinderkrankheiten*, Berlin, 1889.

OBSERVATION XXII

Lohlein

Femme de 28 ans, chez laquelle on diagnostiqua un kyste de l'ovaire. Laparotomie. Il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse enkystée, avec éruption abondante de granulations tuberculeuses; la malade se rétablit après l'intervention. Elle est demeurée une série d'années bien portante.

Les 2e et 3e cas, cités par Lohlein, ont trait sans conteste à des pelvi-péritonites tuberculeuses. Les 4e, 5e et 6e cas sont les suivants :

OBSERVATION XXIII

Lohlein

Femme de 23 ans, deux couches, dont la dernière un an auparavant ; depuis six mois, sensation de plénitude dans l'abdomen et fatigue légère; il s'agit encore d'une hydropisie enkystée qui produisait l'impression d'un kyste à parois molles.

Incision le 27 juillet 1888. Eruption de granulations abondantes, particulièrement au niveau du cul-de-sac de Douglas. L'examen microscopique décèle la tuberculose. Guérison totale.

Lorsque la malade revint, le 9 décembre 1888, son apparence était celle d'une femme forte ; l'ascite ne se manifestait pas encore, cependant à l'aide de deux ponctions au trocart, on obtint une petite quantité de liquide.

En mars 1889, la malade se représenta ; le ventre était très distendu, la respiration parfois gênée; il existait de l'ascite ; rien aux poumons. Une nouvelle incision de 4 cent.

de long est pratiquée ; les nodosités, examinées au microscope, montrent des tubercules, mais pas de bacilles. Grande accumulation de granulations autour des trompes et des ovaires. — Suites bonnes, mais dans les premiers huit jours, un peu de fièvre vespérale par suite de suppuration autour de deux points de suture.

Le 14 avril, elle sort bien portante.

Fin mai, bonne santé, mais nouvelle accumulation de liquide.

OBSERVATION XXIV

LOHLEIN

Jeune fille de 15 ans, non réglée, de constitution délicate, sans tare héréditaire, bien portante jusque-là ; poumons sains. Augmentation de volume du ventre. La soudure des intestins, leur rétraction contre la colonne et la délimitation nette de l'hydropisie, firent croire à un kyste de l'ovaire.

Laparotomie ; issue d'un liquide ascitique. Dans les premiers jours après l'opération, fièvre intense survenue malgré les plus grandes précautions ; symptômes de péritonite purulente, à laquelle vint s'adjoindre plus tard une pleurésie.

La plaie fut de nouveau élargie, drainée, lavée, et maintenant il y a encore une sécrétion purulente par l'angle inférieur de la plaie abdominale, avec une fièvre rémittente, de médiocre intensité. Dans un morceau de péritoine examiné on n'a pas pu voir de bacilles, mais seulement des tubercules histologiques.

OBSEVATION XXV

LOHLEIN

Jeune fille de 17 ans, réglée à l'âge de 13 ans. Constitution délicate. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Rien aux poumons. Augmentation de volume du ventre. Laparotomie. Les séreuses pariétale et viscérale sont de toutes parts couvertes d'un semis de granulations confluentes, de même dans l'épiploon, qui recouvrait la masse intestinale. La présence de tumeurs tuberculeuses dans l'épiploon fait que, malgré l'évacuation de 2 litres 1/2 de liquide verdâtre, à la sortie, le périmètre abdominal était à peine moindre qu'à l'entrée.

La plaie a guéri sans complication.

Malgré ces résultats beaucoup moins satisfaisants que ceux des autres chirurgiens, Lohlein déclare qu'il continuera à employer, à l'avenir, la laparotomie dans le cas de péritonite tuberculeuse.

Nous ferons remarquer immédiatement que si l'asepsie eût été parfaite, il est probable qu'on aurait évité la péritonite suppurée de l'Observation XXV, et que peut-être les ponctions intempestives faites au trocart dans l'Observation XXIV n'ont pas été innocentes dans la reproduction des phénomènes péritonéaux.

Lindfors (Lemd, 1885) (1) a réuni 109 cas, antérieurement publiés, de tuberculose péritonéale traités par la laparotomie. Sur ces 109 cas, il y avait 100 femmes et 9 hommes. Sur 9 cas, où on avait des renseignements, on trouvait, dans 6 cas, des antécédents héréditaires manifestes, et dans 3 cas, aucun antécédent.

(1) Lindfors. *Loc. cit.*

L'âge des malades est indiqué dans 61 observations :

10	fois de	1 — 15	ans
26	« de	16 — 25	«
11	« de	26 — 35	«
8	« de	36 — 45	«
5	« de	46 — 55	«
1	«	au-dessus.	

L'auteur a observé 4 cas de récidive ; 8 malades sur 109 sont morts des suites de l'opération ; dans 3 cas, il s'agissait de perforation intestinale ou d'iléus. 17 malades succombèrent à des complications généralement tuberculeuses d'autres organes, à des époques plus ou moins éloignées de l'opération.

L'auteur conclut en disant que nous possédons dans la laparotomie une méthode qui s'est montrée d'une efficacité surprenante pour le traitement de la péritonite tuberculeuse.

Les observations d'enfants sont rares parmi les précédentes ; en voici une intéressante, due à Waitz.

OBSERVATION XXVI

Communiquée par Waitz à l'association médicale de Hambourg (Séance du 23 octobre 1888, président docteur Eisenlohr.

(Traduction inédite.)

A. B. de Marbourg, maintenant âgée de 5 ans ; parents sains ; frères et sœurs bien portants ; mais a eu une nourrice tuberculeuse, qui, 1 an 1/2 après l'avoir nourrie, a succombé ainsi que son mari à une phtisie pulmonaire. A l'âge de 1 ans 1/2, elle a déjà eu une congestion pulmonaire qui

s'est reproduite trois fois à de courts intervalles, chaque fois avec une fièvre violente. Pendant l'hiver 86-87, nouvelle congestion pulmonaire, et bientôt après, fièvre scarlatine; depuis cette époque, elle ne s'était pas remise, n'avait pas d'appétit, et souvent le soir était prise d'accès de fièvre. Ses parents l'emmenèrent, en été 1887, dans le Hartz, où elle fut reprise de la fièvre. Rentrée à Marbourg, elle resta constamment souffrante et s'amaigrit de plus en plus. Bientôt le ventre se mit à grossir, et le médecin de la famille constata la présence de liquide dans l'abdomen; le 27 novembre, il fit une ponction qui donna 1 litre 1/4 environ de liquide, mais le ventre se remplit bientôt de nouveau, et le 29 juin 1888 on dut faire une seconde ponction, qui donna 3 litres 1/2 de liquide. Le liquide se reforma plus rapidement encore que la première fois; trois semaines plus tard, l'enfant fut amenée à l'hôpital; c'était une enfant grande pour son âge et d'un aspect très misérable. Les extrémités et les tissus étaient très amaigris, le ventre tendu en forme de demi-sphère; la paroi abdominale parsemée de veines bleuâtres; l'ombilic était effacé, et dans l'anneau ombilical on pouvait sentir une petite pointe de hernie; il y avait également une hernie inguinale double qui devait avoir été produite exclusivement par la distension du ventre.

La circonférence du ventre atteignait 74 cent. Il existait une fluctuation évidente; en outre, on pouvait sentir des points durs dans le ventre. L'exploration des poumons ne révéla rien, le cœur était normal, la matité hépatique n'était pas augmentée, l'urine ne contenait pas d'albumine, il y avait une tendance à la diarrhée. Dans la région sous-maxillaire, on sentait un ganglion mobile dans le tissu environnant, de la grosseur d'une noix. En dehors de cela, aucune tuméfaction ganglionnaire. En présence du cours de la maladie, étant donné l'état des autres organes, il ne pouvait y avoir aucun doute. Il s'agissait d'une péritonite chronique avec fort épanchement. C'était la forme typique de la tuberculose du péritoine chez les enfants. Les parents acceptèrent d'autant

plus la proposition qui leur fut faite, d'évacuer aussi complètement que possible l'épanchement, au moyen de la laparotomie, qu'ils considéraient l'état de l'enfant comme très critique et ne conservaient que peu d'espoir d'une guérison. Opération le 6 mars. Aussitôt après l'ouverture de la cavité abdominale, le liquide qui était renfermé sous une membrane épaisse, fut évacué en quantités énormes. On agrandit aussitôt l'ouverture de manière à pouvoir laver la cavité avec une éponge trempée dans de l'eau boriquée chaude, et après qu'on eut exprimé la plus grande partie du contenu, la cavité abdominale fut tamponnée avec soin, jusqu'à ce que finalement, après avoir fait pénétrer l'éponge aussi profondément que possible, on la retirât complètement sèche. Ce que l'on vit du péritoine pariétal et viscéral était très épaissi ; pas de tubercules miliaires autant qu'on put le voir à travers la fente abdominale. Suture du péritoine au catgut, de la paroi avec six points de suture au fil de soie.

Le ventre qui n'avait plus alors qu'un périmètre de 43 cent., fut pourvu d'un bandage compressif antiseptique. La guérison de la plaie abdominale se produisit sans incident en 20 jours, sans que le liquide se fût reproduit.

Au début, le ventre augmenta et atteignit 54 cent., mais il ne s'agissait plus de liquide. Le 1er juillet, on enleva le ganglion sous maxillaire, que l'on trouva caséifié. Le 19 mai, la malade fut renvoyée guérie. Au moment de son admission à l'hôpital, elle pesait, alors qu'elle avait un épanchement, 29 livres ; au moment de sa sortie, 31 livres 1/2. Son bon état de santé s'est maintenu ; elle a gagné 6 livres en 4 mois, de sorte qu'elle pèse maintenant près de 38 livres. Le ventre est devenu complètement normal, comme celui d'un enfant bien portant. Sa circonférence est de 50 cent. ; la distension anormale antérieure du ventre n'est rappelée que par la persistance des orifices herniaires.

Une deuxième observation relative à un enfant est celle de Naumann (1).

OBSERVATION XXVII

NAUMANN, Traduction inédite

Enfant de 11 ans, malade depuis 4 mois. A son entrée, le 1er mars, elle présente de l'ascite sans autres signes de maladie ; bon état général. A l'incision, on trouve une péritonite tuberculeuse. On évacue le liquide ascitique, on lave à l'eau boriquée tiède ; on étanche avec des éponges. La plaie guérit bien. Mais le 21 avril, l'ascite avait reparu ; on fit une ponction avec un trocart, qu'on répéta le 15 mai ; le 16 juin, on cesse d'observer l'enfant, il y avait encore un exsudat.

Ultérieurement, il s'écoula spontanément une grande quantité de liquide ascitique par la cicatrice. Dès lors, amélioration. En février 1888, l'enfant était complètement guéri.

En somme, à la fin de 1889, la plupart des chirurgiens en Allemagne et en Autriche, se prononçaient pour l'intervention, lorsqu'un élève de Prochownick, de Hambourg, Spæth (2) soutenant les idées développées ensuite par son maître (3) après avoir publié une *série noire*, ainsi qu'on en jugera par les observations suivantes, déclare que si les statistiques antérieures sont si brillantes, c'est qu'on a probable-

(1) NAUMANN. *Jahrbuch für Kinderkrankheiten*, Bd XXX, Helft 1 und 2.

(2) SPÆTH. — *Deut. med. Wochenschr.*, n° 20, 1889. Ueber chir. Behandlung der Tuberculose des Peritoneum.

(3). — PROCHOWNICK. — Zur Frage des Bauchschnittes bei Peritonitis chronica. — *Deutsche med. Wochenschrift*, 1889, p. 475.

ment publié des cas de péritonite chronique. Prochownick, pour appuyer ce dire, publie des cas de ce qu'il appelle des péritonites chroniques ; nous avons étudié ses observations ; dans quatre cas sur cinq, il s'agissait de périmétrites infectieuses, avec retentissement sur le péritoine, abcès ou collections séreuses enkystés dans le voisinage des annexes auxquelles ils adhéraient, bien que les trompes fussent libres ; le deuxième cas, seul de son espèce, est très obscur de l'aveu même de son auteur et nullement concluant ; en tous cas, ce n'est pas la lecture de ce mémoire qui entraînera la conviction de l'existence d'une péritonite chronique simple, comme pourrait le faire supposer son titre. Spæth voudrait qu'on ne considérât comme tuberculeux que les cas où on a trouvé des bacilles ; il est cependant un ensemble de symptômes cliniques et anatomiques suffisant, pour la plupart des auteurs pour affirmer la tuberculose. Voici les quatre cas de Spæth, opérés par Prochownick.

OBSERVATION XXVIII

(Spæth, traduction inédite)

Mhdr..., femme d'un menuisier, âgée de 32 ans, admise le 16 février 1885, mariée depuis sept ans, a eu trois enfants, des couches normales et faciles ; depuis quatre mois, douleurs dans le ventre du côté droit, avec moyen accroissement de volume. Depuis trois mois, aménorrhée. Depuis trois semaines, elle sent une tuméfaction dure dans le côté droit du bas-ventre ; depuis cette époque, douleurs augmentées ; bientôt diarrhée suivie de constipation, dou-

leurs causées par de la flatulence avec paroxysmes douloureux. Amaigrissement, pas de toux. Cachexie. Rien aux poumons ni au cœur. Ventre modérément tendu. Ascite faible. Des deux côtés, amas de ganglions inguinaux tuméfiés. Tumeur dure, saillante, de la grosseur d'un poing d'homme, pouvant se déplacer un peu dans la région cœcale, paraissant fort adhérente vers l'os iliaque ; par le vagin, on peut sentir la surface bombée de la tumeur, et celle-ci ne peut pas être différenciée des annexes de l'utérus du côté droit. L'utérus lui-même est petit ; la trompe gauche et l'ovaire sont perçus d'une façon normale.

On peut hésiter pour le diagnostic entre une tumeur prenant son point de départ dans l'épiploon ou dans l'ovaire droit, et de nature maligne ; pendant une observation de quatorze jours, dont huit à la clinique, on constate l'augmentation lente de l'ascite et une petite élévation de température ne dépassant pas 38° sous l'aisselle. L'urine est très concentrée, d'une densité élevée, légèrement albumineuse, elle contient quelques flocons.

Opération, 2 mars 1885. — Après l'ouverture du ventre, on sépare tout d'abord et on dégage l'épiploon fortement épaissi, couvert de veines très dilatées et de nombreuses granulations du côté droit du péritoine, auquel il est accolé. Il se révèle alors une tuberculose étendue du péritoine et de la séreuse intestinale. Le siège principal de la maladie est le cœcum, dont la paroi est fortement épaissie, durcie et soudée solidement avec le péritoine pariétal, vers la fosse illiaque, et en outre avec la trompe. On essaie de séparer avec la main quelques-unes de ces agglomérations, mais elles se déchirent facilement, et une quantité moyenne de pus verdâtre se répand dans la cavité péritonéale. On renonce à une opération ultérieure; on suture les parois épaissies, on enlève un fragment du péritoine, ainsi que quelques ganglions du mésentère tuméfiés, pour l'examen, et on referme le ventre.

La malade meurt le cinquième jour, sans augmentation de la fièvre, dans le collapsus.

Autopsie. — Pas de péritonite récente ; une quantité moyenne d'ascite légèrement sanguinolente s'est formée après l'opération. La tuberculose s'étend sur les parois latérales de l'utérus ; dans l'ovaire, plusieurs petits foyers purulents disséminés ; un peu de pus dans la cavité péritonéale. Rein contracté. En somme, tuberculose généralisée ayant peut-être son point de départ dans une affection des organes génitaux.

OBSERVATION XXIX.

SPÆTH, traduction inédite.

(Résumé).

Von Sch., 35 ans, institutrice, n'a jamais toussé ; depuis deux ans et demi, douleurs d'estomac, auxquelles s'associèrent, depuis trois mois, des douleurs dans la région abdominale gauche, passant aussi dans les dernières semaines au côté droit. Depuis la même époque, on remarque une tuméfaction dure de la région inférieure droite du ventre, qui change souvent de position. Flatulence et douleurs abdominales. Amaigrissement. Urine peu abondante, concentrée. Leucorrhée. Règles très régulières indolentes. Rien aux poumons. Ventre modérément tuméfié. Pas d'ascite. Amas de ganglions inguinaux. Dans la région iléo-cœcale, tumeur du volume d'un poing, dure, bosselée. Utérus petit, virginal, en légère rétroversion. Par le rectum, on peut sentir, avec deux doigts, de chaque côté de l'utérus, des tumeurs allongées et bosselées ; les ovaires ne peuvent être perçus d'une façon certaine.

Opération, le 1er février 1888. — Après ouverture du ventre, tout le péritoine, le mésentère, et la séreuse intestinale apparaissent couverts d'innombrables petites granulations ; adhérences épiploïques ; la région de la valvule de Bauhin présente la forme d'une tumeur du volume du poing, couverte de nodosités de la grosseur d'un pois à celle d'une cerise.

L'extrémité du cœcum est également couverte abondamment de petites granulations du caractère ci-dessus décrit. En outre, celles-ci décroissent peu à peu de grosseur, en allant vers le gros intestin, ou l'intestin grêle. Tous les ganglions mésentériques sont tuméfiés, en particulier dans la région des glandes rétropéritonéales et du bassin. Il paraît encore surprenant ici que la trompe droite et l'ovaire, ainsi que la séreuse de l'utérus soient également parsemés d'une grande quantité de granulations de la grosseur d'une lentille.

Dans ces circonstances, en admettant une maladie cancéreuse, on s'abstient de toute autre intervention. On suture, après avoir enlevé un fragment de péritoine, quelques ganglions mésentériques et quelques granulations de la séreuse, pour l'examen. Cours normal ; renvoyée le 19 mars. — Les pièces contenaient en abondance des bacilles tuberculeux.

Pendant quatre mois, la malade se trouva bien, fut débarrassée des douleurs qu'elle éprouvait en allant à la selle, et augmenta de poids, de quelques livres; mais, depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, son état a empiré constamment ; à partir de novembre, constipation qui n'a cédé qu'à des prises régulières d'huile de ricin; de temps à autre, des selles muco-purulentes ; depuis le mois de février 89, elle est alitée. Jusqu'à présent, aucun symptôme du côté des poumons.

Discussion. — Dans ce dernier cas, l'affection du péritoine provient certainement de la tuberculose du colon, et particulièrement du cœcum ; la maladie commence par des symptômes du côté des intestins, auxquels s'ajoutent plus tard des symptômes du côté du péritoine. Le cœcum fut changé par le dépôt des produits péritonéaux en une grosse tumeur dure, un peu mobile, qui en imposait pour un carcinome.

Les granulations qui existaient sur la séreuse rappelaient plutôt une affection cancéreuse que la tuberculose. Seulement l'examen bactériologique fixa le diagnostic. L'état général, ainsi que les douleurs causées par la péritonite

s'améliorèrent, à la suite de l'opération; la tuberculose de l'intestin qui existait ne permit pas cependant une guérison complète, et certainement la malade succombera dans le courant de cette année ; il est extraordinaire que jusqu'à présent, il n'y ait aucun symptôme pulmonaire, tandis qu'il existe des signes manifestes de tuberculose intestinale, dépérissement, fièvre, diarrhée, sécrétion purulente dans les selles, etc.

De l'étude de ces quatre cas, dont deux qui ont trait à des tuberculoses génitales pures nous occuperont dans le dernier chapitre, Spæth conclut qu'ils sont bien faits pour ébranler l'optimisme qui régnait jusqu'à présent à propos du traitement de la tuberculose du péritoine par l'opération ; pour lui, cependant, dans la tuberculose primitive du péritoine, sans affection coïncidente des autres organes, on peut considérer la laparotomie comme un moyen curatif, et la recommander ; mais, dans la tuberculose du péritoine dérivant d'ulcérations tuberculeuses des intestins, le traitement opératoire n'est que palliatif; enfin, la tuberculose du péritoine primitive, bacillaire, est une forme de la maladie beaucoup plus rare qu'on ne l'a admis jusqu'à présent, c'est pour cela qu'il faut n'en poser le diagnostic qu'avec prudence, et que dans l'avenir, il ne faut l'accepter au point de vue scientifique. qu'après la confirmation par un examen bactériologique.

A côté de Spæth, nous devons ranger Czerny (1)

(1) Czerny. — Ueber die chirurgische Behandlung intraperitonealer Tuberkulose. — In Beitræge zur klinischer Chirurgie, von Bruns, Czerny, Krœnlein und Socin, B. VI, Helft. I, S. 73.

qui, fort des succès obtenus par ses prédécesseurs, a opéré dans toute espèce de manifestation tuberculeuse des organes intra-péritonéaux; ainsi, il a fait cinq fois la résection de l'intestin pour des inflammations tuberculeuses de cet organe ; deux fois il s'agissait de l'intestin grêle, deux fois du cœcum, et sur ces deux derniers cas, il y en eut un où il dut enlever, en même temps, le rein à cause d'une lésion de l'uretère ; ce cas se termina par la mort ; enfin, dans un dernier cas, il fut appelé à obturer sept perforations de l'intestin ; le malade ne résista pas à l'intervention ; les trois autres guérirent. Pour le péritoine, la statistique est moins brillante ; il donne six observations dont cinq de péritonite proprement dite, une d'une extirpation d'un ganglion caséeux du mésentère, la dernière intervention seule a réussi. Parmi les cinq péritonites, il en est deux (XXX et XXXIII) qui paraissent évidemment secondaires à une tuberculose génitale et qui auraient aussi bien pu trouver place dans le chapitre relatif à cette question ; mais comme la péritonite était généralisée et non localisée, nous avons cru devoir en parler ici, quitte à revenir plus tard sur les détails intéressants au point de vue du point de départ de la tuberculose. Dans le cas XXXV, d'après Czerny, on aurait eu affaire à un ganglion tuberculeux ; ce serait, en somme, une forme de carreau, c'est pourquoi, malgré l'absence de péritonite, nous avons cru devoir imiter Czerny, qui publie ce cas à côté des autres.

OBSERVATION XXX.

Czérny.

(Traduction inédite).

Elise D..., 49 ans, pas d'antécédents héréditaires ; jusqu'à l'année présente, menstruation normale. Depuis deux ans, sans cause connue, développement du ventre ; après deux semaines au lit, les douleurs disparaissent. Mais, l'été passé, les douleurs réapparaissent. Au dessous de l'ombilic, abcès qui fut ouvert en septembre 1888, par le médecin de la famille, évacuation de beaucoup de pus ; l'ouverture ne se ferma pas ; bientôt apparurent par la fistule des matières fécales d'un vert jaunâtre; les téguments abdominaux enflammés par le passage de ces matières devinrent rouges.

Depuis l'hiver passé, amaigrissement, pansements fréquemment souillés par les matières. Cependant elle va tous les jours à la chaise.

Entrée mai 1889. Femme grande, maigre. Examen du thorax : sommet droit, expiration prolongée, pas d'autres signes. Examen du bas-ventre : il est tendu ; par la palpation, qui n'est pas douloureuse, on perçoit des cordons et des zones d'induration. Pas de matité anormale. La fistule stercorale existait toujours, on peut examiner le contenu intestinal : réaction acide, pas d'acide chlorhydrique libre ; en explorant la fistule, on pénètre un peu à gauche en bas ; dans tout le voisinage de cette fistule jusqu'à la hanche, eczéma. Dans l'urine, albumine, cylindres hyalins, cellules épithéliales du rein en dégénérescence graisseuse. Rate un peu augmentée de volume, sensible sous les côtes. Foie hypertrophié.

Malade pèse 35 kil. 350 gr. Corps utérin augmenté de volume en antéflexion et immobile. On n'arrive pas à sentir les ovaires et les trompes, sans anesthésie, le ventre étant trop douloureux et trop tendu. Examen microscopique du

pus, aucune trace d'actinomycose, pas de corps étrangers. Diagnostic de tuberculose. Nous proposons l'opération à la malade. Suture de la fistule; examinant les anses intestinales, on voit au niveau du mésentère des masses du volume d'un pois à un haricot, en dégénérescence caséeuse à leur centre; ailleurs, petites granulations. Ces tumeurs étaient situées très près de l'intestin, de sorte que lorsque nous avons voulu dérouler celui-ci pour nous rendre compte de son orientation, nous lui avons fait sept déchirures; nous en avons suturé immédiatement cinq; les deux plus grandes ouvertures, qui avaient été la cause première de la fistule, étaient voisines l'une de l'autre; à leur niveau on résèque neuf centimètres d'intestin. La portion réséquée présente deux ouvertures dans lesquelles pénètre l'extrémité du doigt. Entre ces deux ouvertures la muqueuse est déchirée presque comme un peigne. Nous avons trouvé sous la séreuse douze masses tuberculeuses du volume d'un haricot; ainsi l'origine de la fistule stercorale est dans la transformation caséeuse de ces masses tuberculeuses, et la perforation secondaire de l'intestin.....

La plaie est lavée au sublimé à 1/5000; iodoforme; drains; onze points de suture. Après l'opération, la malade ne se remonte pas; pouls petit, 160, à peine sensible, malgré le champagne, etc.; après un collapsus de 10 heures, elle succombe.

Autopsie. — Aux poumons, adhérences à la plèvre; deux ou trois petits tubercules caséifiés. Intestins adhérents; tubercules caséifiés dans le cœcum, les colons transverse et descendant; ulcérations superficielles; les sutures intestinales ont tenu, elles sont au niveau de l'iléon. Les deux trompes sont tuméfiées et contiennent du caséum. Ovaires sains. La cavité utérine est remplie de masses caséeuses, et la muqueuse présente de l'infiltration caséeuse. Calculs biliaires. Rein amyloïde, etc.

Diagnostic anatomique: salpingite, péritonite, pleurite, bronchopneumonie tuberculeuses, perforation du colon trans-

verse ; plusieurs sutures sur l'intestin ; dégénérescence amyloïde du foie, de la rate, des reins, des intestins.

OBSERVATION XXXI

Czerny

Femme, 36 ans, mariée depuis quinze ans ; depuis deux ans, adénite cervicale ; en janvier 1887, douleurs dans le bas-ventre : menstruation normale.

Etat actuel : amaigrissement, cicatrices d'adénite cervicale. Les parois abdominales sont assez relâchées pour que l'on puisse sentir sous l'ombilic une tumeur du volume du rein, avec trois bosselures d'un diamètre longitudinal de 11 cent., transversal de 6 cent. Cette tumeur est recouverte par les intestins. La percussion donne un son tympanique. Derrière cette tumeur, superficielle, il paraît en exister une autre moins facile à délimiter et moins mobile. On peut penser à un rapport entre cette tumeur et les organes génitaux ; diagnostic clinique de tumeur lymphatique rétropéritonéale de nature probablement tuberculeuse. — *Laparotomie* le 11 juillet 1887. — Incision de 12 centimètres de longueur. On met à nu une tumeur qui est fluctuante ; en incisant cette tumeur, il s'écoule beaucoup de pus vert jaunâtre, tuberculeux. Cet abcès fut cureté, désinfecté et tamponné : mèches de gaze iodoformée. On arrive à l'examen de la deuxième tumeur, dont le contenu était caséeux et qui fut également curetée. Après cela, on ferme la plaie opératoire, sauf les drains capillaires. Peu de temps après l'opération, péritonite ; on enlève la gaze iodoformée, les drains, on fait un lavage du péritoine ; mais le 19 juillet, la malade succombe.

Diagnostic anatomique : Péritonite septique, diphtérie intestinale, consécutive à l'extirpation d'un lymphome tuberculeux mésentérique ; bronchopneumonie circonscrite du lobe supérieur du poumon droit, dilatation des bronches ; ganglions caséeux dans la région sus-claviculaire gauche. — (Arnold).

OBSERVATION XXXII

Czerny

(Résumé)

Femme de 64 ans. — Péritonite tuberculeuse à forme ascitique généralisée. Ponction le 5 juillet 1882; le liquide contenant de la biliprasine, on diagnostique une péritonite chronique. — 2 août, laparotomie; six litres liquide; granulations. — 8 septembre, mort, sans autopsie.

OBSERVATION XXXIII

Czerny

(Traduction inédite.)

Elisabeth B..., 33 ans. — Pas d'antécédents héréditaires. — Depuis trois ans, suppuration des ganglions sous-maxillaires. Depuis sa dernière couche, qui est la huitième, elle a éprouvé des douleurs vives dans le bas-ventre, de sorte que, depuis le mois de septembre, elle garde le lit; on trouve un peu de matité aux sommets, mais pas de bacilles dans les crachats; on pose le diagnostic de salpingite caséeuse, oophorite et ascite.

Laparotomie, 26 février 1883. On se borne à évacuer l'ascite, à constater que le péritoine est couvert de granulations miliaires, et on referme la plaie.

Le 14 mars, la malade n'a pas de fièvre, se lève; mais la cicatrice s'ouvre, il survient de la fièvre, de la toux, et le 16 avril, elle quitte l'hôpital pour mourir chez elle le 22 avril. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXXIV

Wilhelmine W..., 18 ans. — Adénites cervicales suppurées, en février 1883. Pleurésie droite; points de côté, dans

la poitrine, à gauche. On trouve, en examinant le ventre, une zone de matité et une tumeur du volume du poing, à surface inégale, à parois adhérentes à l'utérus, considérée à cause de l'âge de la malade, comme un kyste dermoïde enflammé. Un examen très attentif des antécédents aurait dû faire faire le diagnostic exact.

Opération, 2 mars 1883. Intestin recouvert de nodosités tuberculeuses du volume d'un pois. Avec beaucoup de peine, on enlève des masses caséeuses adhérentes à l'intestin et à la paroi abdominale. Avec la cuiller tranchante et le doigt, on extirpe des cul-de-sac de Douglas des masses tuberculeuses. On saupoudre d'iodoforme. On referme la plaie.

Collapsus pendant 2 jours. Le 11 juillet, par les sutures de la plaie, qui éclate, issue d'une grande quantité de matières fécales ; la malade meurt.

OBSERVATION XXXV

CZERNY

(Traduction inédite).

Femme, 46 ans. Maux d'yeux dans l'enfance. A 20 ans, toux chronique. Depuis ce moment, elle est maladive ; a des maux de ventre, de la diarrhée, quelquefois des hémorrhagies. Depuis 2 ans, ganglions axillaires suppurés ; depuis juillet 1888, vomissements après les repas, douleurs épigastriques ; fréquemment, rétention d'urine ; elle est très constipée. Poids : 55 kilog. Valeur en hémoglobine 59 °/₀, 3990000 globules rouges ; peu de leucocytes. Cœur et poumons normaux. Au-dessous du rebord des fausses côtes gauches, on sent une tumeur du volume d'une pomme, très mobile et très douloureuse ; clapotement stomacal très manifeste. Cette tumeur présente des pulsations communiquées de l'aorte. Lorsque l'estomac est plein, cette tumeur est poussée à gauche et devient de plus en plus facile à percevoir. L'examen chimique du contenu stomacal ne décèle la

présence d'aucun acide libre; pas d'acide butyrique; une trace d'acide lactique; beaucoup de peptones. La digestion artificielle, sans addition d'acide chlorhydrique donne un résultat négatif; avec addition d'acide chlohrydrique, ce n'est qu'au bout de 12 heures que commença la formation peptique. Diagnostic clinique : probablement tumeur de l'estomac, mais indépendante du pylore.

Laparotomie le 11 janvier 89. La tumeur fait hernie à travers la plaie, elle est d'un aspect blanc jaunâtre, elle amène avec elle estomac et colon, on sectionne le ligament gastrocolique, on prend la tumeur avec la pince de Nélaton et on l'énucléе. Pendant l'opération, on n'eut pas à faire de ligature sur de gros rameaux; l'artère et la veine mésentériques supérieures furent réclinées. La tumeur avait son siège dans le ligament duodéno-jéjunal et comprimait le duodénum. Estomac un peu hyperémié. Pylore normal.

La tumeur enlevée est une sorte de kyste contenant un liquide ressemblant à un mélange de blanc d'œuf et de crème. Le microscope ne montre pas de bacilles, on fait néanmoins le diagnostic de ganglion lymphatique tuberculeux.

Guérison assez rapide.

Heureusement toutes les statistiques ne ressemblent pas à celles de Spæth et de Czerny; en effet, au congrès de Berlin (1890) (1), l'ordre du jour de la section de chirurgie comportait une discussion sur l'ascite tuberculeuse et son traitement. C'est à Kœnig, de Gœttingen, le promoteur de la laparotomie, que revenait incontestablement l'honneur d'exposer sur ce sujet l'état de la science; il l'a fait en termes très favorables à l'intervention. Sur treize malades qu'il a opérés, quatre seulement sont morts,

(1) V. *Semaine médicale*, 1890, p. 307.

dont trois de péritonite aiguë et un de collapsus. En outre, il a fait un relevé statistique, comprenant cent trente-une laparotomies pour tuberculoses péritonéales, dont quatre-vingt-quatre (65 %) suivies de guérison.

Au cours de la discussion, Subbotir, de Belgrade, cite deux cas de tuberculose du péritoine guéris par la laparotomie simple : Kümmel, de Hambourg, rappelle qu'il a fait neuf laparotomies et a obtenu huit succès ; deux malades sont morts de péritonite dans la suite ; trois opérés ont conservé des fistules qui aboutissaient probablement à des foyers tuberculeux. Les autres se portent bien ; enfin, Démosthène de Bucharest, reproduit les idées qu'il avait exposées au Congrès de chirurgie de Paris.

En France, Terrillon (1), posant en principe que la péritonite tuberculeuse, traitée médicalement, ne guérit pas, déclare que dans l'ascite tuberculeuse, soit généralisée, soit enkystée, l'intervention chirurgicale donne des résultats parfaits ; au reste, dans la forme membraneuse, la laparotomie donne aussi de bons résultats : quatre observations, une mort, trois guérisons. En Belgique, Jacobs (2), cite un cas de péritonite membraneuse opérée avec succès.

Enfin, il y a quelques jours à peine, alors que nous mettions la dernière main à ce travail, paraissaient, sur ce sujet, devenu tout à fait à l'ordre du jour, d'une part une communication de M. Debove

(1) *In Semaine médicale*, 15 oct. 1890.
(2) *La Clinique* (de Bruxelles), avril 1890.

à la Société médicale des hôpitaux (1), sur le traitement de la péritonite tuberculeuse par la ponction suivie de lavage, et enfin une bonne revue générale de M. Brühl (2), dans la *Gazette des hôpitaux*. Du premier, nous nous réservons de parler au chapitre du manuel opératoire. Quant au second, il a résumé les recherches de Maurange, de Kœnig, de Terrillon; pour lui, on doit intervenir dans la forme sèche comme dans la forme ascitique, mais la seconde est plus favorable; contrairement à Maurange, l'intervention doit être précoce ; accessoirement, il s'occupe du traitement de Debove et le considère comme indiqué dans les cas de péritonite à forme ascitique.

Tels sont, en abrégé, les principaux matériaux dont nous avons pu disposer. Avant de tirer de leur étude quelque conclusion générale, qu'il nous soit permis, au préalable, d'exposer les faits que nous avons personnellement observés; puis, en les joignant aux faits déjà connus, nous essaierons de dresser une statistique raisonnée et d'en déduire quelques conclusions utiles.

OBSERVATION XXXVI

(Communiquée par M. le professeur Poncet.)

Marie G..., 18 ans, dévideuse, née à Vesc (Drôme), demeurant à Vesc, entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Paul, n° 78, le 24 juin 1889.

A son entrée, le ventre est très augmenté de volume.

(1) V. *Bulletin médical*, 12 oct. 1890.
(2) Bruhl. — *Gazette des hôpitaux*, loc. cit.

La sensation de flot est très nette. Symptômes de péritonite tuberculeuse, à forme ascitique.

Le 1er juillet 1890, M. Poncet pratique une laparotomie partielle : petite incision sur la ligne blanche, entre l'ombilic et le pubis.

Le péritoine pariétal est épaissi ; dès qu'on l'a incisé, il s'échappe une grande quantité de liquide citrin, très mousseux ; on constate alors que le péritoine est granuleux.

La température rectale, le soir même de l'opération, est de 38°2 ; le lendemain elle monte le soir à 39° ; l · surlendemain elle ne dépasse pas 38 ; le 4 juillet, 38°2, 38°5 ; le 5 juillet, 37°9, 38°1 ; à partir du 6 juillet, apyrexie totale.

Réunion par première intention. Sortie en août 1889.

Le 27 septembre 1890, M. Poncet reçoit une lettre du docteur, Benoît, de Dieulefit (Drôme), disant que six mois après sa sortie de l'hôpitai, il a examiné cette jeune fille et a trouvé que le péritoine était revenu à l'état normal.

Aujourd'hui, d'après les renseignements qu'il a pu se procurer (quatorze mois après l'opération), elle irait très bien.

OBSERVATION XXXVII

(Communiquée par M. le professeur Poncet.)

Péritonite tuberculeuse à forme ascitique enkystée.

Marie L..., 37 ans, cultivatrice, née à St-Martin-du-Mont (Ain), et y demeurant. Entrée le 24 octobre. Sortie le 5 décembre 1889.

Père et mère encore vivants et bien portants.

Mariée, elle a eu deux enfants ; les couches ont été bonnes, toutes deux ; la dernière remonte à 12 ans.

Réglée à 16 ans ; pas de troubles de la menstruation ; pas d'antécédents personnels.

Il y a quatre mois que la malade s'est aperçue que son ventre augmentait de volume insensiblement en son milieu, sans qu'aucun autre symptôme se fût manifesté. Pas de troubles de

la miction ni de la défécation ; pas de douleurs dans le bas ventre. Elle ne ressentait aucune gêne, de sorte qu'elle continua son travail jusqu'à la fin septembre. A ce moment, après de grandes fatigues, le ventre a subitement pris un accroissement plus rapide, ainsi que les deux flancs, qui deviennent douloureux, surtout le gauche ; on lui mit de ce côté un emplâtre de Vigo qui a déterminé un érythème encore apparent.

Un médecin qui vit la malade à ce moment, fit le diagnostic de kyste de l'ovaire et lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

Aujourd'hui le ventre fait une forte saillie en avant mais ne présente cependant pas une forme conique. La tumeur s'étale en haut sous les fausses côtes et refoule le diaphragme ce qui détermine un peu de dyspnée.

La peau est distendue et sillonnée de vergetures, l'ombilic est presque effacé.

La malade a perdu l'appétit et a maigri beaucoup, surtout de la face qui présente le caractère du faciès ovarien. Elle n'éprouve aucune gêne de la défécation, cependant, quelques phénomènes d'entérite par compression depuis la fin septembre. Mictions moins fréquentes qu'auparavant mais non douloureuses, pas de vomissements; pas de douleurs dans le ventre, sauf la gêne occasionnée par le volume de la tumeur. Quelques névralgies assez fortes.

La fluctuaction est facilement perçue ; matité peu prononcée, invariable par les changements d'attitude de la maladie ; par le toucher vaginal, on trouve les culs-de-sac effacés ; l'utérus est mobile.

6 novembre. — Laparotomie médiane. Issue de cinq litres d'un liquide verdâtre. Avec la main, M. Poncet explore la cavité abdominale dans tous les sens, il ne trouve aucune tumeur; rien du côté de l'utérus ni de ses annexes. Le péritoine pariétal est épaissi, granuleux, rougeâtre; il a trois à quatre millimètres d'épaisseur environ; pas de fausses membranes. Tout l'intestin grêle forme un paquet de teinte rougeâtre à parois épaissies ; les anses intestinales sont agglutinées entre elles. Rien du côté du foie ni de la rate.

Avant l'opération, on avait plus ou moins cru à un kyste de l'ovaire; cependant, la matité à limite convexe en haut, le ballottement du ventre, la sensation facile de flot, la température rectale entre 38° et 39°, la diarrhée devaient faire rejeter ce diagnostic, ainsi que l'effacement du cul-de-sac vaginal postérieur.

Le 5 décembre 1889. — La malade sort guérie, le ventre a un volume normal; réunion par première intention (1).

OBSERVATION XXXVIII

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.

Tuberculose péritonéo-peurale. — Laparotomie. — Mort. Autopsie.

Marie J..., 24 ans, ménagère, née à Chagnon (Loire), demeurant à Rive-de-Gier. Entrée le 7 décembre 1889, salle Saint-Paul, n° 77.

Père mort à un âge indéterminé; il avait les membres inférieurs œdématiés. Mère âgée de 50 ans, en bonne santé.

Un frère et deux sœurs bien portants, pas de frères ni de sœurs morts en bas âge.

Elle a eu trois enfants, qui se portent bien et sont âgés, l'un de 5, l'autre de 3 ans, et le dernier de 13 mois; pas de fausse couche.

Son mari a 31 ans, il est en bonne santé, ne tousse pas, n'a jamais eu d'hémoptysie; serait rhumatisant.

Bonne santé antérieure; aucune fièvre éruptive, pas de scrofule dans l'enfance; pas de rhumatisme, pas de syphilis, ni d'alcoolisme.

Réglée à 13 ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis;

(1) D'après des renseignements ultérieurs (28 nov. 1890), malade morte, le 17 décembre 1889, des suites d'une « imprudence » (complication respiratoire?). — Guérison à retrancher de notre statistique (tableau C).

elle n'a sevré son dernier enfant que depuis huit jours, et n'a pas encore eu son retour de couches ; pas de métrorrhagie ni de leucorrhée.

Ses accouchements se sont tous passés de la façon la plus normale.

La maladie actuelle a débuté il y a six mois environ ; en allant à la selle, il lui semblait que quelque chose tendait à sortir par la vulve ; une sage-femme lui dit qu'elle avait une « chute de matrice, » et lui fit porter un pessaire ; un médecin, qui la vit peu de temps après, lui fit enlever cet appareil.

Il y a trois mois, elle se plaignit d'un peu de tension abdominale et de ballonnement ; on lui fit des applications réitérées de teinture d'iode ; malgré tout, l'abdomen augmentait constamment de volume ; depuis quinze jours, sa distension est extrême, et la malade a dû s'aliter.

Actuellement, l'abdomen est distendu considérablement, présente une forme en outre, et est sillonné par de gros troncs veineux, montant du ligament de Fallope à la région épigastrique ; ces veines sont parallèles entre elles et ne forment pas au niveau de l'ombilic la figure de la tête de méduse.

Le ventre est parfaitement symétrique ; à la palpation, on ne découvre aucune induration, mais une résistance égale en tous ses points ; la pression n'est pas douloureuse, sauf un peu au-dessous du rebord des fausses côtes droites. La sensation de flot existe dans toute l'étendue de la paroi abdominale, et dans tous les sens. A la percussion, toute la région sous-ombilicale et les deux régions latérales sont mates ; il n'y a de sonore que la région sous-épigastrique ; les limites inférieures de la sonorité forment une ligne courbe très régulière, à convexité inférieure ; le sommet de la courbe se trouve à trois travers de doigt au-dessus de la cicatrice ombilicale, laquelle a une situation un peu basse. Si l'on fait coucher la malade sur le flanc gauche, le flanc droit devient sonore ; si on fait l'épreuve inverse, le flanc

droit redevient mat; mais il faut attendre quelques instants avant que la sonorité apparaisse à gauche, elle n'est d'ailleurs jamais aussi franche qu'à droite.

Le foie paraît remonté; la zone de matité hépatique paraît diminuée d'étendue; en avant, elle n'a que deux travers de doigt en hauteur; en arrière, elle se confond avec la matité pleurale.

A la percussion de la paroi thoracique, on trouve, en effet, de la matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, un son skodique au sommet; à l'auscultation à la base, obscurité respiratoire; vers l'angle de l'omoplate, souffle aigre, aux deux temps; égophonie, pectoriloquie aphone; au sommet, respiration supplémentaire intense.

A gauche, la matité est normale dans toute la hauteur; à l'auscultation, frottements pleureux aux deux temps dans le tiers inférieur; rien d'anormal dans le reste du poumon.

En avant, rien d'anormal à gauche, soit à la percussion, soit à l'auscultation; à droite, son skodique à la percussion, respiration supplémentaire à l'auscultation.

Rien au cœur.

Matité splénique normale.

Au toucher vaginal, on constate un peu de prolapsus de la colonne antérieure du vagin; le col de l'utérus est un peu abaissé; l'utérus a perdu de son poids; il semble que le col existe seul et se meut librement. (Signe de M. Raymond Tripier.)

16 décembre. — La température de la malade oscille entre 39° et 40°, avec maxima vespéraux.

22 décembre. — Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, son état s'est aggravé; elle maigrit, perd ses forces; l'appétit a disparu; sueurs nocturnes et toux fréquentes. La T. R. du 10 au 18, oscillait entre 38 et 40. Depuis le 18, elle se maintient presque constamment entre 40 et 41; elle offre parfois le type inverse.

23 décembre. — *Opération.* — Précautions antiseptiques minutieuses. Les instruments sont tous flambés après avoir

été désinfectés. Lavage de la paroi abdominale au savon et à l'eau, puis à l'éther et au sublimé. Le pubis est rasé ; cathétérisme vésical; lavage vaginal au sublimé. Anesthésie à l'éther, après une injection préalable d'une solution de chlorhydrate de morphine (0 gr. 01) et de sulfate neutre d'atropine (0 gr. 0005). Incision sur la ligne blanche, de 10 cent., commençant en haut à deux tiers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Ponction au bistouri du péritoine ; issue de 20 à 30 litres environ d'un liquide clair, jaunâtre, limpide, offrant tous les caractères du liquide ascitique ordinaire, pas d'aspect purulent ni de coloration rougeâtre.

L'ouverture péritonéale est agrandie ; la face interne de cette cavité apparaît couverte de granulations tuberculeuses jaunâtres dont le volume varie d'une tête d'épingle à une lentille ou à un pois.

La masse de l'intestin grêle tout entière est refoulée contre la colonne vertébrale, agglomérée par des adhérences en un paquet tellement serré, qu'il serait impossible de séparer une quelconque des anses intestinales de ses voisines sans produire de déchirure.

On fait passer dans la cavité péritonéale deux ou trois arrosoirs d'eau boriquée à 35° ; on éponge avec des tampons chauds de gaze boriquée stérilisée ; puis, M. Poncet badigeonne d'iodoforme avec son doigt chargé de cette poudre toute la face interne du péritoine.

Suture du péritoine au catgut, à points séparés.

Un seul plan de sutures, au fil métallique, comprend ensuite toute l'épaisseur de la paroi abdominale, qui d'ailleurs n'est pas très considérable.

Pansement à l'iodoforme, à la gaze iodoformée, à la gaze boriquée, au coton salicylé ; bandes boriquées.

Ce pansement enveloppe toute la paroi abdominale et la partie supérieure des deux cuisses.

Vin de Champagne, glace, potion avec extrait gommeux d'opium, 0 gr. 10.

23 décembre, soir. — La malade ne souffre pas, mais est très faible. La T. R. est de 41°. Pas de vomissements. Rétention d'urine ; cathétérisme.

26 décembre. — La T. R. qui était hier aux environs de 39° est ce matin de 37°6. La malade se trouve bien, miction normale.

27 décembre. — T. R. m. 39,4, s. 38,6.

3 janvier 1890. – L'amélioration n'a pas duré ; la malade présente une température très élevée, à exacerbations quelquefois matinales.

4 janvier. — Mort.

5 janvier 1890. — Cadavre très amaigri. — *Autopsie.* — A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate que les sutures pariétales ont provoqué une réunion par première intention à la surface seulement ; dans la profondeur, un peu de suppuration, qui a désuni légèrement les surfaces. Il n'existe aucune trace d'ascite ; au contraire les deux feuillets du péritoine sont accolés intimement par une poussée de granulations récentes et confluentes, donnant à la séreuse l'aspect de deux tartines de beurre accolées, puis brusquement séparées. Les anses intestinales sont agglutinées entre elles, d'une façon si intime qu'il faut les sculpter dans le tissu tuberculeux de nouvelle formation pour arriver à les séparer les unes des autres. En revanche, l'intestin ne présente aucune lésion si ce n'est un peu de congestion ; pas de granulations tuberculeuses ni d'ulcérations.

Le foie est gras, volumineux, enveloppé par une périhépatite granuleuse très intense ; la rate est aussi recouverte de granulations. Les reins sont indemnes d'altération. Rien au cœur. Les plèvres présentent des deux côtés des adhérences très marquées.

Un peu de congestion des bases ; légère atélectasie de la base droite. Emphysème des sommets et des bords antérieurs, pas de tubercules.

Rien au cœur. Rien au cerveau.

Pas d'altération des organes génito-urinaires.

OBSERVATION XXXIX

(Communiquée par M. le docteur Vinay, médecin des hôpitaux.)

Péritonite subaiguë tuberculeuse. — Laparotomie et lavage de la séreuse. — Guérison.

Julien-Alphonse G..., 15 ans, fileur, né à Evosges (Ain), demeurant à Tenay (Ain). Entré le 21 septembre 1889, salle St-Maurice nº 34, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Vinay.

Père et mère bien portants.

Une sœur morte de maladie inconnue, quatre frères et sœurs actuellement vivants.

Rougeole dans l'enfance.

Au mois de décembre 1888, affection qui ressemble fort à la scarlatine, mais qui n'a pas été constatée par un médecin. Depuis cette époque, le malade n'a pas repris son travail. Au mois de février 1889, son ventre a commencé à enfler ; jamais d'œdème des jambes ni de la face. Un médecin-appelé à ce moment trouve de l'épanchement dans le péritoine, et fit le diagnostic de péritonite. L'enfant ne toussait pas et n'a jamais craché de sang. Il se plaignait seulement de points au niveau de l'épanchement, tantôt à droite, tantôt à gauche ; jamais de vomissements ni alimentaires ni bileux. On applique un large vésicatoire, on donne du lait et des diurétiques ; l'épanchement disparaît au mois d'avril, et l'enfant reprend son travail au mois de mai.

Bonne santé jusqu'au mois d'août dernier (1889).

A cette date, le malade se plaint d'un point de côté à droite, et d'une douleur dans le ventre, toujours à droite, surtout à la pression.

L'appétit n'est pas diminué. Pas de vomissements.

Le malade entre à l'hôpital le 21 septembre.

Le ventre est légèrement tendu et peu douloureux ; toutefois la rénitence est peu accusée.

Amaigrissement peu sensible ; les digestions sont bonnes et l'appétit conservé. Il y a des alternatives de diarrhée et de constipation. Pas de sueurs nocturnes.

On ne constate rien aux poumons.

Sorti le 6 octobre 1889.

Novembre 1889. — Le ventre augmentant toujours de volume, on fait au malade, chez lui, une ponction à gauche ; issue de deux litres de *liquide sanguinolent*.

29 mars 1890. — Le malade rentre. Ventre volumineux, proéminent ; rénitence marquée ; matité générale, sauf dans les flancs, où il y a une légère sonorité dans les régions déclives. Pas de réseau veineux superficiel. Un peu de constipation. Légère pleurésie de la base droite.

Ne tousse pas ; rien aux poumons, rien au cœur. Anémie considérable. Maigreur, pâleur des téguments. Les urines présentent un anneau assez épais d'albumine. T. R. 37°, 37° 8.

1er avril 1890. — Laparotomie à 10 h. du matin, par M. le professeur Poncet, dans sa salle d'opérations de l'Hôtel-Dieu. Après avoir fait l'antisepsie complète de la région, incision sur la ligne blanche de 12 à 15 centimètres environ, hémostase parfaite. On arrive sur le péritoine, qui est énormément épaissi ; il forme une lame solide de 1 centimètre d'épaisseur à peu près, qu'il faut inciser avec les ciseaux. Aussitôt s'échappe une sérosité purulente jaune-verdâtre. En pressant sur le ventre, on en fait sortir 10 à 12 litres, avec quelques paquets de fausses membranes. On se trouve alors en présence d'une immense poche allant de la vessie au diaphragme, et occupant toute la largeur de l'abdomen ; de tous côtés, la paroi est formée par le péritoine épaissi et tapissé de fausses membranes. La poche reste béante, les parois de la poche ne se rapprochent pas. L'intestin est rassemblé en un paquet aplati contre la colonne vertébrale ; il ne se dessine pas, en raison de l'épaisseur de la paroi de la poche, qui est soulevée par les battements de l'aorte. Lavage de la poche avec eau bouillie et eau boriquée

bouillie chaude. Tamponnement, qui arrête rapidement une hémorrhagie du péritoine, d'ailleurs de peu d'abondance.

Premier plan : suture du péritoine au catgut ; points assez rapprochés.

Deuxième plan : Suture de la peau avec points au catgut assez rapprochés.

Vaste pansement.

Le malade n'a fait aucun mouvement ; éthérisation avec piqûre, morphine et atropine, préalable.

Pansement.— Extrait thébaïque, 0,05 centigr.; lait, 1 litre; vin d'Espagne, 300 grammes ; café.

2 avril. — A vomi hier, deux fois après l'opération. Nuit un peu agitée. Douleurs faibles au niveau de l'incision. La T. R. est montée à 38° 4, le pouls à 128. Les urines contiennent une assez notable quantité d'albumine, comme avant l'opération.

3 avril. — Hier, vers 11 heures du matin, nouveaux vomissements de matières verdâtres ; un peu de fièvre, faciès rouge ; pas de dyspnée ; état général assez bon.

4 avril. — T. R. 38° ce matin ; le malade demande à manger. Les vomissements ont cessé depuis avant-hier et même ce jour là il n'y en a eu qu'un. Légère constipation. Purgatif salin.

8 avril. — Apyrexie depuis deux jours. Etat excellent. On enlève complètement le bandage. La plaie s'est réunie par première intention ; on observe autour de la section et dans la moitié inférieure de la crépitation sous-cutanée analogue à celle que donne l'emphysème sous cutané ; à la surface, les téguments ont leur couleur accoutumée.

Le ventre est légèrement ballonné, mais nullement douloureux à la pression. Pas de liquide dans les parties déclives. Les urines contiennent des traces à peine appréciables d'albumine.

Le malade s'alimente.

Depuis la purgation, les selles sont régulières et normales ; une selle par jour.

Poids, avec la chemise seulement, pansement enlevé, 41 kilos 700 grammes.

10 avril. — Les urines sont devenues tout à fait pâles et limpides, elles ne contiennent plus d'albumine.

L'opéré va très bien. Pouls 84. T. R. normale. La crépitation sous-cutanée persiste du côté droit de la plaie.

12 avril. — La nuit dernière, 4 selles diarrhéiques qui ont déterminé une évacuation abondante, sans coliques. Le matin, le ventre est aplati. Un peu de suppuration superficielle de l'extrémité inférieure de la suture : on perçoit toujours la crépitation gazeuse sous-cutanée à droite.

Température et pouls normaux. Etat général excellent.

14 avril. — Va très bien, mange. T. R. 37°. Un peu de diarrhée. Salicylate de bismuth.

15 avril. — La diarrhée a cessé. Un peu de suppuration superficielle de l'incision. On enlève les points de suture.

La crépitation gazeuse a disparu. Poids, 42 kilos 100 grammes.

23 avril. — Poids, 42 kilos.

La suppuration continue. On achève d'enlever tous les fils de catgut qui entretiennent la suppuration au niveau des points de suture.

25 avril. — On constate que la suppuration se fait par un petit pertuis situé à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic et qui communique avec la cavité péritonéale, car, en pressant les flancs, le pus sort en quantité énorme. Etat général assez bon.

25 avril. — M. Poncet constate qu'à la suite d'un peu de suppuration développée autour d'un point de suture, il s'est formé une collection purulente enkystée, limitée par des adhérences qui empêchent la communication avec le reste de la cavité péritonéale.

Avril. — Incision ; lavage et drainage de ce foyer.

Mai 1890. — Amélioration rapide. Au mois de mai, le malade sort avec une petite fistule purulente ; il retourne à la campagne.

30 octobre 1890. — Sur notre demande, notre ami M. le Dr Belous, de Tenay, a l'obligeance d'examiner ce jeune homme, et de nous envoyer le résultat de son examen.

Nous lui laissons la parole :

« 1° Depuis le mois d'août, il ne sort plus de pus « par la fistule, et on peut la considérer comme « guérie ;

« 2° Ventre parfaitement souple et nullement « douloureux ;

« 3° Rien aux poumons ; je l'ai ausculté avec « beaucoup de soin ;

« 4° Etat général excellent ; le malade a un « appétit très au dessus de la moyenne, il est vigou- « reux et se livre à des travaux assez pénibles sans « en éprouver de fatigue;

« 5° Il pèse actuellement 70 kilos.

« 6° Les fonctions digestives se font très-bien. »

C'est là un cas de guérison remarquable. Bien qu'on n'ait pas fait d'examen bactériologique, le diagnostic paraît incontestable à MM. Vinay et Poncet. On ne pourrait songer qu'à une autre maladie, la péritonite suppurée, idiopathique, sus-ombilicale, de Gauderon, mais il faut reconnaître avec le Dr Vinay, que rien dans le début insidieux, dans la marche lente de l'affection ne rappelle l'évolution d'une péritonite idiopathique ; le début par une ascite bien constatée, à épanchement sanguinolent, puis séro-purulent, ne ressemble pas au début brusque à allures inflammatoires d'une péritonite se terminant par l'évacuation d'un pus franchement phlegmoneux.

OBSERVATION XL

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.

Péritonite tuberculeuse à forme ascitique enkystée. Laparotomie — Guérison avec fistule stercorale.

Joséphine T..., 33 ans, cultivatrice, née à Saint-Bois (Ain), et y demeurant. Entrée le 25 avril 1890, salle Saint-Paul, n° 91.

Son père est mort à 65 ans, d'une maladie inconnue de la malade. Mère, âgée de 60 ans, en bonne santé. Deux frères bien portants, âgés l'un de 31 ans et l'autre de 25 ans.

Mariée, elle a eu deux enfants, tous deux en bonne santé, et âgés l'un de 12, l'autre de 8 ans. Pas de fausses couches.

Réglée à 14 ans, elle l'a été régulièrement depuis; mais depuis lors, entre ses époques, elle a constamment des métrorrhagies.

Bonne santé dans son enfance; pas de scrofule à cet âge, ni de rhumatisme; rougeole à 8 ans.

Début de la maladie actuelle il y a deux ans, par une douleur dans le flanc droit qui serait survenue, dit-elle, à la suite d'un effort (?).

Dès lors, les douleurs de ventre persistèrent, s'accompagnant de quelques troubles digestifs caractérisés surtout par de l'anorexie; pas de vomisements, selles régulières et normales. Depuis trois mois, augmentation graduelle, lente d'abord, puis rapide, du volume du ventre. Au moment de son entrée, ou peut comparer son volume à celui d'une femme enceinte, au début du cinquième mois de la grossesse. Ce développement de l'abdomen n'est pas symétrique et porte plus sur le côté gauche que sur le côté droit. Toutefois à la pression on détermine un peu de douleur à droite, et rien à gauche. Pas de circulation veineuse supplémentaire. La sensation de flot est nette, mais pas très accentuée. A la percus-

sion toute la région gauche de l'abdomen est mate ; cette matité est fixe, invariable dans les changements d'attitude de la malade. Au toucher vaginal, l'utérus est immobilisé. Pas de toux ni d'hémoptysie. Pas de palpitation de cœur. — Rien à l'auscultation.

En raison des signes négatifs du côté du thorax, de l'absence d'antécédents héréditaires, d'un assez bon état général, et de signes physiques douteux, le diagnostic resta hésitant entre un kyste de l'ovaire et une ascite enkystée.

28 août 1890. — Laparotomie. Incision de 10 à 12 cent. sur la ligne blanche, entre le pubis et l'ombilic ; on trouve un exsudat fibrineux, des anses intestinales agglutinées entre elles, des granulations miliaires abondantes, exsudat jaune citrin, demi-litre de liquide. Péritoine pariétal rouge, très épaissi et couvert de granulations tuberculeuses ; on incise avec le doigt vers l'ombilic ; section d'une anse intestinale, qui se confond absolument avec le péritoine ; parois friables ; il s'agit du colon transverse, faisant corps avec la paroi abdominale, et méconnaissable, d'un calibre bien inférieur à l'état normal ; on s'aperçoit de sa blessure par l'issue de quelques fragments de matières solides ; six points de suture au catgut ; l'anse a été coupée sur le tiers de sa hauteur ; on la maintient à l'orifice supérieur de la plaie, où elle était d'ailleurs naturellement maintenue par des adhérences. — Lavage de la cavité péritonéale à l'eau boriquée bouillie.

Un mois après l'opération, la malade sort avec une fistule stercorale, mais son état général est satisfaisant.

11 octobre 1890. — Le docteur Manjot, de Belley, écrit que la fistule stercorale persiste et empêche la malade de prendre des forces ; il ajoute toutefois qu'il ressort de ce fait que la laparotomie a arrêté la marche de la péritonite tuberculeuse, et qu'il est très probable qu'en l'absence de la fistule stercorale, elle se serait rétablie complètement.

20 novembre 1890. — La malade est, depuis huit jours, revenue à Saint-Paul, elle est amaigrie ; les matières ressortent constamment par la fistule. M. Poncet, le 15 novembre,

a essayé de suturer les parois de cette fistule. Mais, peu à près l'opération, malgré des lavements réitérés, des symptômes d'occlusion se manifestèrent ; on allait ouvrir de nouveau la plaie, lorsque les points de suture cédèrent spontanément à la pression des matières stercorales, dont l'issue constitua une véritable débâcle, et produisit un soulagement immédiat. Actuellement, l'état de la malade est stationnaire, au point de vue de la fistule, mais il n'y a plus aucun phénomène péritonitique. Aucun signe de tuberculose pulmonaire ; le murmure vésiculaire s'entend bien dans toute la hauteur des poumons, en avant comme en arrière (1).

OBSERVATION XLI.

Observation recueillie par M. RIVIÈRE, interne des hôpitaux, dans le service de M. POLLOSSON, à l'Hôtel-Dieu.

Péritonite tuberculeuse avec ascite. — Laparotomie.

Elisa B..., 30 ans, tisserand, née à Saint-Julien de Beauchêne (Hautes-Alpes), demeurant à Vizille. Entrée le 26 juin 90. Sortie le 15 juillet 90.

Pas d'antécédents héréditaires.

Personnellement, pas d'accidents scrofuleux dans l'enfance ; mais, il y trois ans, pleurésie gauche. Jamais d'hémoptysies.

A eu trois enfants : le premier seul est vivant et bien portant.

Son dernier accouchement date de huit ans, et comme les deux autres n'a été suivi d'aucune complication abdominale.

(1) 25 novembre 1890. — La malade a succombé hier : affaiblissement progressif, congestion ultime des bases. Pas de manifestations pulmonaires ni péritonitiques de nature tuberculeuse. L'autopsie a malheureusement été impossible, mais l'absence de généralisation paraissait évidente. La nouvelle de la mort nous est arrivée, alors que notre statistique était déjà terminée ; c'est pourquoi ce décès n'est pas noté dans le tableau C. Au reste, la malade est manifestement morte de sa fistule et non de sa péritonite.

Règles ordinairement normales; cependant, en janvier, et février de cette année, elles furent, dit-elle, très notablement diminuées. Mais, depuis le mois de mars (date du début de la maladie), elle ne s'est aperçue d'aucune irrégularité, ni d'aucune douleur accompagnant les menstrues.

Début. — Il y a environ trois mois (mars), la malade est pendant une quinzaine de jours en état légèrement fébrile, avec frisson, mais sans vomissements ni troubles généraux. Pendant ces 15 jours, elle vit son ventre augmenter considérablement de volume, sans qu'elle y ressentît aucune douleur spontanée ou provoquée. Elle affirme n'avoir jamais eu d'autre œdème, et, en particulier, ses jambes n'auraient jamais été enflées, même à la fin de la journée.

Un mois après le début de la maladie, sous l'influence de purgatifs légers, la malade eut des coliques et de la diarrhée.

Depuis six semaines, à la suite de l'emploi de pommades (?), il s'est développé au-dessous de l'ombilic et jusqu'au pubis, une rougeur et un empâtement faisant bourrelet.

Actuellement. — Le ventre a l'aspect globuleux ; peu étalé latéralement, et n'offre par conséquent pas la forme du ventre de batracien ; au contraire, il tombe un peu en avant du pubis pour former un bourrelet, une sorte de tablier très étroit ; il y a là un œdème, un empâtement de la peau qui donne la sensation d'une masse de graisse légèrement indurée, rougeâtre et mobile.

A la palpation, on ne peut percevoir aucune tumeur.

A la percussion, sonorité exagérée au niveau de l'ombilic ; les flancs sont encore sonores et on ne trouve de matité complète que sur un petit espace large comme la main au-dessus du pubis et un peu à gauche de la région médiane, correspondant au tablier décrit plus haut.

On n'a pas la sensation de flot nette ; cependant on la perçoit dans une position spéciale, en appliquant la main contre l'abdomen immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope, à droite, et en percutant à gauche, un peu haut.

Pas de douleurs spontanées, ni provoquées, sauf dans le bourrelet œdémateux.

Pas d'œdéme des jambes.

Pas de dilatation des veines abdominales sous-cutanées.

Au toucher vaginal : le col est très abaissé, très mobile ; l'utérus n'est cependant pas assez fuyant pour permettre d'affirmer l'ascite (procédé de Tripier). On ne trouve qu'une légère induration douloureuse dans le cul-de-sac latéral gauche.

Le palper bimanuel ne donne la sensation d'aucune tumeur, d'aucune collection liquide.

Cœur normal, quoique rapide. Foie paraît normal.

Température 38,4 (soir). Urines sans albumine. Les sommets des poumons paraissent intacts ; mais la malade prétend avoir beaucoup maigri depuis le début de sa maladie.

Un peu de perte de l'appétit.

Etant donnée cette ascite presque certaine, coïncidant avec l'absence d'œdéme du membre inférieur et l'intégrité probable du cœur, des reins et du foie ; étant donnée d'autre part l'absence de tumeur appréciable par la palpation abdominale simple ou combinée avec le toucher vaginal et la tuméfaction douloureuse du cul-de-sac vaginal gauche, on porte le diagnostic : épanchement péritonéal dépendant d'une péritonite tuberculeuse ayant son point de départ probable dans une salpingo-ovarite (?)

On décide une intervention à cause de la jeunesse de la malade.

28 juin 1890. — Anesthésie à l'éther. Antisepsie minutieuse. Laparotomie. Incision médiane, 10 à 12 cent.

Le péritoine ouvert, il s'en écoule une grande quantité de sérosité jaune citrin assez liquide Le péritoine est épaissi, très vascularisé et paraît absolument semé de granulations blanchâtres de la grosseur d'un grain de mil.

Les annexes de l'utérus (les gauches spécialement examinées) paraissent saines au toucher.

On ne trouve aucune adhérence dans la cavité abdominale ; la sérosité paraît circuler entre les anses intestinales qui semblent absolument indépendantes.

On vide le plus possible la cavité péritonéale ; on ne lave pas et on referme par des sutures à double étage (musculaires et cutanées séparées), au fil de soie. Pansement antiseptique. Bandage.

29 juin. — Pas de vomissements, ballonnement, légère amélioration. T. 39—40°.

30 juin. — Idem.

1er juillet. — La malade respire un peu mieux ; a eu une selle et est moins ballonnée.

9 juillet. — Faciès meilleur. Langue rouge et lisse.

10 juillet. — Premier pansement. Plaie fermée par première intention ; on ne trouve plus d'ascite, mais un peu de météorisme. On n'enlève pas encore les fils. Pansement iodoformé.

12 juillet. — Petit abcès sous-cutané autour d'un fil. Incision.

15 juillet 1890. — La malade dont l'état général est presque satisfaisant part pour Vizille.

Avant l'opération, la température rectale oscillait aux environs de 38°. Le soir de l'opération elle s'éleva à 39°5, pour se maintenir ensuite entre 39° et 40°, pendant cinq jours, aux environs de 39°, les cinq jours suivants, et enfin redevenir complètement normale.

15 octobre. — M. le Dr Dumolard, de Vizille, veut bien examiner la jeune femme ; il trouve, ainsi qu'il a l'obligeance de nous l'écrire, qu il persiste une fistule au niveau de la plaie opératoire, paraissant pénétrer jusqu'à une induration siégeant au niveau de la région cœcale. Toutefois « l'état « général de la malade est très bon : elle prend de l'embon- « point. Pas de diarrhée, pas d'ascite et peu de coliques. « Rien aux poumons. »

OBSERVATION XLII

(Recueillie par M. Gillet, externe des hôpitaux dans le service de M. le professeur Poncet.)

Péritonite tuberculeuse, forme ascitique. — Laparotomie. — Guérison.

Marie G..., 18 ans, dévideuse, née à Felignieu, demeurant à Argis (Ain). Entrée le 9 octobre 1890.

Père, mère, frères et sœurs en bonne santé.

Réglée à 14 ans ; jamais malade sauf un refroidissement à 10 ans. Règles normales.

Au mois de janvier dernier, la malade eut des points à la poitrine et aux côtés ; l'appétit diminua un peu.

Au mois d'avril, les points cessèrent ; le ventre grossit uniformément, Matité sur l'abdomen. Le déplacement de la matité n'est pas sensible.

Sensation de flot très nette.

Rien au toucher vaginal, ni au toucher rectal.

Rien du côté de la miction ni de la défécation.

Amaigrissement, sueurs vespérales.

Râles au sommet droit.

13 octobre 1890. — Laparotomie médiane. — Issue de trois litres d'un liquide citrin, pas de pus. Quelques adhérences des anses intestinales entre elles. Rien aux annexes.

Semis de granulations allant de la grosseur d'un grain de mil à celle d'une petite noisette ; ces granulations sont d'un rouge vif, saillantes sur un péritoine aussi très congestionné.

On laisse un crayon d'iodoforme dans la cavité abdominale. On ferme par un double plan de sutures.

(Ayant été prévenu par M. le professeur Poncet, nous assistons à l'opération de façon à pouvoir recueillir du liquide pour des inoculations ultérieures.

Immédiatement après l'incision du péritoine, nous

recueillons avec toutes les précautions aseptiques nécessaires, un fragment de péritoine et du liquide, que nous remettons à notre collègue M. Courmont, dans le même flacon. Le résultat ultérieur des expériences sera consigné plus loin.)

27 octobre. — Aucune douleur depuis l'opération. Les fonctions intestinales et vésicales se font bien. Pas de vomissements. La température qui était en entre 38° et 38°1, est devenue normale depuis l'opération.

On enlève les fils. La plaie est complètement réunie, par première intention. Le ventre a repris son volume normal. La malade retourne à la campagne, paraissant guérie.

OBSERVATION XLIII

(Personnelle, recueillie dans le service de M. le professeur PONCET.)

Péritonite tuberculeuse, forme sèche.

Colombe T..., 19 ans 1/2, domestique, née à St-Marcel, demeurant à St-Just-la-Pendue (Loire). Entrée le 23 octobre 1890, salle St-Paul, n° 103.

Père mort à 38 ans, phtisique. Mère âgée de 55 ans, en bonne santé, quatre frères bien portants. Un frère mort en bas âge des convulsions.

Cette jeune fille a toujours été délicate, en outre, elle est réellement malade depuis plusieurs années, avec des alternatives d'amélioration et d'exacerbation.

Réglée à 18 ans, elle l'a été irrégulièrement d'abord, elle l'est régulièrement depuis un an. Leucorrhée fréquente. Elle n'est pas mariée, n'a jamais eu d'enfant ni de fausse couche.

A 14 ans, elle était anémique, dit-elle.

Depuis deux ans, elle est sujette à tousser l'hiver.

Il y a un an, elle fut soignée à la quatrième salle de femmes fiévreuses, dans le service de M. le docteur Clément, pour une pleurésie gauche qui s'accompagna d'hémoptysies, et nécessita un séjour de trois mois à l'hôpital.

Elle retourna chez elle. Pendant deux mois, aménorrhée.

Il n'y avait que quinze jours qu'elle avait quitté l'hôpital lorsqu'un refroidissement, se manifestant par des points de côté, de la dyspnée et des quintes de toux, l'obligea de nouveau à s'aliter.

En avril 1890, elle entre de nouveau à la quatrième salle de femmes, pour une péritonite (augmentation de volume du ventre, fièvre de 40°, douleurs, vomissements); depuis cette époque, elle a subi dans cette salle un traitement médical.

Néanmoins la maladie progresse.

Actuellement la malade est pâle, amaigrie, avec les pommettes rouges, elle a des sueurs nocturnes, une toux fréquente avec des hémoptysies se reproduisant de temps à autre.

Anorexie, ballonnement du ventre, constipation ; la diarrhée est rare ; les vomissements ont cessé.

Le ventre, dit-elle, était plus gros au mois de mai qu'actuellement, cependant son augmentation de volume est encore manifeste; il est assez souple, sauf à gauche où il présente une induration, douloureuse à la pression. A la percussion, matité dans les deux flancs; à gauche. cette matité varie un peu, suivant les changements d'attitude; à droite, elle est fixe. Pas de sensation de flot.

Le toucher vaginal n'est pas pratiqué.

Les zones de matité hépatique et splénique ont une étendue normale.

Aux poumons, affaissement notable de la paroi thoracique du côté gauche, où a siégé la pleurésie. Submatité au sommet gauche, en arrière, avec retentissement de la toux et quelques frottements pleuraux. Mêmes signes en avant, sous la clavicule gauche.

Rien au cœur.

Un peu d'œdème malléolaire lorsque la malade s'est tenue debout.

27 octobre. — Laparotomie médiane. Le péritoine pariétal est très épaissi, comme lardacé; immédiatement après l'avoir incisé, M. Poncet tombe sur les anses intestinales qui sont adhérentes entre elles, mais non à la paroi.

Le péritoine viscéral, comme le péritoine pariétal est couvert d'une infinité de granulations grises, avec quelques légers exudats pseudo-membraneux.

Pas de liquide. — M. Poncet, avec le doigt, explore le petit bassin ; le péritoine pelvien est, comme celui de la grande cavité péritonéale entièrement granuleux, mais également partout, sans prédominance en tel ou tel point, les annexes parraissent indemnes de toute altérations.

Nous recueillons un fragment de péritoine dont une portion est mise immédiatement dans l'alcool pour l'examen histologique, une autre dans un flacon stérilisé,pour servir à des inoculations.

M. Poncet lave la cavité péritonéale avec de l'eau boriquée bouillie, chaude (à 45°), étanche le liquide avec des tampons stérilisés, place un crayon d'iodoforme légèrement flambé dans la cavité péritonéale, et l'y abandonne; suture profonde, péritonéale, au catgut, suture superficielle au fil de soie. Pansement légèrement compressif, comprenant, comme d'ordinaire, l'abdomen et la racine des cuisses. Sauf une élévation de la T. R. à 38°4 le surlendemain de l'opération, la T.R. reste normale après l'opération. Au bout de quelques jours la malade reprend appétit, et demande des aliments.

8 novembre. — La malade ne souffre pas du ventre, et se déclare améliorée. La constipation persiste. Bon état général, teint frais, un peu trop coloré quelquefois au niveau des pommettes.

Mais la malade tousse toujours un peu; avant-hier elle a eu quelques crachements de sang.

A l'auscultation, en arrière expiration prolongée dans toute la hauteur du poumon gauche, en avant, à droite, submatité,

inspiration saccadée et rude, expiration soufflante; à gauche, rien d'anormal.

15 novembre — Etat général très bon, la malade paraît engraisser; elle est toujours apyrétique.

La plaie opératoire s'est réunie par première intention. Le ventre n'est pas douloureux, mais est toujours un peu ballonné.

Le fragment destiné à l'examen histologique, a été remis à notre ami, M. Bret, préparateur au laboratoire d'anatomie pathologique, qui a bien voulu en faire des coupes que M. Bard, agrégé, chef des travaux d'anatomie pathologique, a eu l'obligeance d'examiner. Voici le résultat de son examen, tel qu'il est consigné sur le registre du laboratoire, sous le n° 166, 1890.

La pièce comprend le péritoine pariétal et un fragment adjacent des muscles de la paroi. Le péritoine présente une injection assez vive, des vaisseaux dilatés, et, de plus, disséminés par places, des zones constituées par du tissu conjonctif densifié, contenant dans son intérieur des follicules tuberculeux très nets, avec cellule géante centrale, cellules épithélioïdes assez nombreuses autour d'elle, mais par contre, très peu de cellules rondes périphériques. Immédiatement autour du follicule, le tissu conjonctif néoformé présente déjà l'aspect fibrillaire ; la surface libre de la lame péritonéale est onduleuse, mais régulière et lisse. Au voisinage du bord libre, il existe, de distance en distance, de petits îlots de prolifération embryonnaire, dont l'évolution n'est pas aussi nettement dessinée que dans les follicules pro-

fonds. Sur un point seulement, il existe une fausse membrane fibrineuse, parsemée de nombreux vaisseaux lacunaires. La limite n'est pas nette du côté extérieur, les couches musculaires voisines sont le siège d'une néoformation de fibres conjonctives assez denses, pauvres en cellules, atrophiant les fibres musculaires qu'elles enserrent, mais ne présentant nulle part de follicules tuberculeux. Le processus s'atténue de dedans en dehors, il est déjà beaucoup moins apparent sur le bord de la coupe.

Quant aux inoculations faites avec du liquide ou des fragments de péritoine recueillis dans les deux précédentes laparotomies, en voici le compte rendu tel que nous l'a remis notre ami M. Courmont.

OBSERVATION XLII

Première expérience. — Péritonite tuberculeuse.

(Saint-Paul. Service de M. Poncet.)

Femme de 18 ans, opérée le 13 octobre 1890. Inoculation, de deux cobayes.

I. — Cinq cent. cube du liquide péritonéal dans le péritoine.

II. — Un tubercule péritonéal broyé, sous la peau de la cuisse.

10 novembre. — Le cobaye n° 2 a des ganglions inguinaux engorgés du côté inoculé. L'inoculation a été positive.

Le cobaye n° 1 se porte bien.

17 novembre. — Mort du cobaye n° 1.

Rien à l'autopsie.

20 novembre. — Le cobaye n° 2 est sacrifié, vigoureux. Il présente les *lésions classiques qu'on obtient en inoculant des tubercules humains dans le tissu conjonctif sous-*

cutané de la cuisse du cobaye, bien définies par M. Arloing, c'est-à-dire pour ce cobaye qui a été sacrifié au bout d'un mois et six jours :

Abcès caséeux du point d'inoculation.
Un ganglion crural, } uniquement
Deux gros ganglions inguinaux, } du côté
Un ganglion lombaire, } inoculé.
Un ganglion rétro-hépatique.
Quelques tubercules dans la rate.
Pas de tubercules dans le foie ou les poumons.

OBSERVATION XLIII

Deuxième expérience.

(Saint-Paul n° 103. Service de M. Poncet).

27 octobre 1890. — Avec fragments de péritoine pariétal tuberculeux ; inoculation d'un cobaye le 28 octobre.

20 novembre. — Sacrifié. — Lésions identiques à celles du précédent mais moins avancées ; il n'y a pas encore de tubercules dans la rate. Les ganglions tuberculeux ne laissent aucun doute sur la nature tuberculeuse du produit inoculé.

Conclusions. — 1° Ces deux péritonites étaient bien tuberculeuses ;

2° Le liquide ascitique n'est pas tuberculeux.

J. Courmont.

Les huit derniers malades ont été directement observés soit par nous, soit par nos maîtres dans les hôpitaux de Lyon ; c'est donc l'étude approfondie de ces cas qui nous guidera dans l'appréciation des faits enseignés par les observateurs qui nous ont

précédé ; ces huit observations sont précédées de vingt-cinq qui ont paru dans divers recueils français ou étrangers, et dont la plupart, toutefois, sont encore inédites en France ; aucune en particulier, ne figure dans la thèse de Maurange ; notre statistique ne risque donc pas de faire double emploi avec la sienne ; enfin, nous avons fait entrer en ligne de compte les faits relatés par Kœnig, Subbatir, Kümmel, au Congrès de Berlin de 1890 ; malheureusement n'ayant pu nous procurer le compte-rendu *in extenso* de ce congrès, nous n'avons pu fournir d'autre indication que celle du décès ou de la guérison. Quoiqu'il en soit, nous croyons devoir les faire figurer dans le tableau suivant, de façon à ce que pour avoir le nombre total des observations publiées depuis Spencer Wells jusqu'à ce jour, le lecteur n'ait qu'à additionner nos cas avec ceux qui figurent dans un tableau analogue de Maurange.

TABLEAU C

Péritonites tuberculeuses traitées par la Laparotomie

NUMÉRO D'ORDRE	NUMÉRO de nos observations	NOM DE L'AUTEUR	SEXE des malades (Dans 22 cas le sexe n'est pas indiqué.) masculin	SEXE féminin	AGE du sujet	TEMPÉRATURE avant l'opération	TEMPÉRATURE après l'opération	ORIGINE INTESTINALE	FORME MILIAIRE AIGUE	FORMES ulcéreuses sèche	FORMES ulcéreuses suppurée	FORMES fibreuses sèche	FORMES fibreuses ascitique généralisée	FORMES fibreuses ascitique enkystée	DÉCÈS post opératoire	DÉCÈS par généralisation	GUÉRISON survie sans mention	GUÉRISON survie constatée au delà de 6 mois	GUÉRISON survie constatée au delà de 1 an	RÉCIDIVE
1	I	Ceccherelli................		1	28								1					1		
2	II	id.	1		11								1				1			
3	III	id.	1		13									1			1			
4	IV	id.		1	8									1			1			
5	V	Bassini..		1	23								1						1	
6	VI	id.		1									1						1	
7	VII	Ferrari.............. ...															1			
8	VIII	Ruggi....................															1			
9	IX	id.															1			
10	X	id.															1			
11	XI	O'Callaghan	1		15	100° F	subfébrile, puis normale						1				1			
12	XII	Démosthène...............		1	28	38°5	subfébrile						1		1					
13	XIII	id.	1		23 (?)	39°3	38°									1				
14	XIV	id.	1		24 (?)	39°	normale				1						1			
15	XV	Labbé....................		1										1					1	
16	XVI	id.		1										1					1	
17	XVII	id.		1							(?)						1			
18	XVIII	id.		1							(?)						1			
19	XIX	Routier		1	41									1					1	
20	XX	Schmidt..................		1	14									1			1			
21	XXI	id.		1	16								1			1				
22	XXII	Lohlein		1	28									1					1	
23	XXIII	id.		1	23									1						1
24	XXIV	id.		1	15		fièvre							1			1			
25	XXV	id.		1	17								1							1
26	XXVI	Waitz		1	5								1							

30	XXX	Czerny		1	49			1			1				1					
31	XXXI	id.		1	36						1				1					
32	XXXII	id.		1	64								1		1					
33	XXXIII	id.		I	33		normale						1			1				
34	XXXIV	id.		1	18			1		1					1					
35	XXXV	id.		1	46												1			
36		Kœnig															1			
37		id.															1			
38		id.															1			
39		id.															1			
40		id.															1			
41		id.															1			
42		id.													1					
43		id.														1				
44		id.														1				
45		Subbotir															1			
46		id.															1			
47		Kümmell															1			
48		id.															1			
49		id.															1			
50		id.															1			
51		id.															1			
52		id.															1			
53		id.															1			
54		Terrillon		1	jeune fille					1						1				
55		id.		1	jeune fille								1						1	
56		id.		1	16							1						1		
57		Jacobs		1								1					1			
58	XXXVI	Poncet		1	18		39°						1						1	
59	XXXVII	id.		1	37	38°, 39°	normale						1						(?)	
60	XXXVIII	id.		1	24	39°, 40°	41°, puis normale						1			1				
61	XXXIX	Poncet et Vinay	1		15	37°5	38°5											1		
62	XL	Poncet		1	33	normale	normale							1				1		
63	XLI	Pollosson		1	30	38°4	39°, 40°						1				1			
64	XLII	Poncet		1	18	normale	normale						1				1			
65	XLIII	id.		1	19 1/2	normale	38°4					1					1			
66		Stellwag																	1	
67		Schuckling																	1	
67			7	36	de 5 à 64			3		2	6	3	18	10	7	7	34	5	11	3

De l'étude de ce tableau se dégagent immédiatement les chiffres suivants : sur 67 malades atteints de péritonite tuberculeuse, et traités par la laparotomie, 53 ont survécu, un plus ou moins grand laps de temps, la grande majorité sans récidive, mais le plus grand nombre aussi, il est vrai, soit en raison de la date trop récente de leur opération, soit pour d'autres causes, n'ont pu être suivi que quelques jours après l'intervention. Sans tenir compte de ces restrictions, qui d'ailleurs s'imposent, cela fait une proportion d'environ 79 °/₀ de succès, et 21 °/° d'insuccès (1). Cette proportion de guérisons est sensiblement inférieure à celle qu'indique Maurange, 83,08 °/₀, et Kœnig, 32 °/₀. La mortalité post-opératoire dans nos cas, a été aussi fréquente que la mortalité par généralisation.

Mais si nous nous contentions de donner ces résultats bruts, sans chercher à les classer, nous encourrions le même reproche que nous avons adressé à d'autres auteurs, et nous ne pourrions pas avec plus de sûreté qu'eux, poser les indications et les contre-indications de l'intervention.

Aussi croyons-nous utile d'examiner plus en détail les résultats obtenus dans les 38 observations où, sur 43 que nous donnons *in extenso*, on peut, de la lecture de l'observation clinique ou anatomique, déduire la forme clinique à laquelle on a eu affaire. Voici, résumés sous forme de tableau synoptique, ces résultats.

(1) En retranchant les 2 décès XXXVII et XL, ultérieurement connus, la proportion des guérisons est même abaissée à 76,11 ; si l'on ne tient pas compte du décès XL (fistule stercorale), à 77,61.

TABLEAU D

Résultats des laparotomies du tableau C dans chaque forme clinique

FORME CLINIQUE	VARIÉTÉ	Nombre	Décès post opératoire	Décès par généralisation	Survie sans autre mention	Survie constatée au-delà de six mois	Survie constatée au-delà d'un an	Récidive
Forme miliaire aiguë	»	0	»	»	»	»	»	»
Forme ulcéreuse....	Sèche	2	1	1	»	»	»	»
	Suppurée	6	3	»	3	»	»	»
Forme fibreuse	Sèche	3	»	»	2	1	»	»
	Ascitique généralisée	18	2	3	5	3	4	1
	Ascitique enkystée	9	»	»	4	1	4	1
		38	6	4	14	5	8	2

Le résultat général de ce tableau partiel, se rapproche sensiblement de celui du tableau général, 77 °/₀ de succès, au lieu de 79 ; mais l'intérêt qu'il présente avant tout, c'est de nous donner d'une façon saisissante, les résultats différents que l'on obtient suivant que l'on intervient dans telle ou telle forme de péritonite ; lorsqu'il s'agit de la péritonite à forme ascitique enkystée, sur neuf opérés, neuf ont survécu, c'est donc un succès opératoire dans 100 °/₀ des cas (1) ; dans les formes ascitiques généralisées, sur dix-huit cas, cinq décès, douze succès et une récidive, soit treize succès ; par conséquent, 72,22

(1) Ajouter : 1 décès forme enkystée (fistule) ; 1 décès forme généralisée (XXXVII).

succès; dans les formes fibreuses sèches, la statistique est aussi très favorable, mais comme elle ne porte que sur trois cas, suivis de trois succès, elle n'est peut-être pas très concluante. Par contre, dans les formes ulcéreuses, le pronostic de l'intervention est tout autre : dans la forme suppurée, six opérations, trois décès post-opératoires, trois survies, soit 50 °/₀ seulement de succès; dans la forme ulcéreuse sèche, deux interventions ont été tentées, deux suivies de mort, l'une à brève échéance, l'autre par généralisation, soit 100 °/₀ de mort, statistique exactement inverse de celle que donne l'examen des cas de forme ascitique enkystée.

Pour éviter l'objection que l'on pourrait nous faire, en disant que notre statistique n'est pas assez considérable pour nous permettre des conclusions fermes, nous avons relu attentivement toutes les observations publiées avant nous, dans la thèse de Maurange, en cherchant à les classer comme les nôtres; nous avons été obligé d'en éliminer vingt-deux : quinze, parce que l'observation n'est pas assez détaillée pour nous permettre de juger à quelle forme on a eu affaire, une 16ᵉ (Obs. LXII de Maurange), celle de Launois, parce que la nature tuberculeuse de ce cas ne nous paraît nullement prouvée, ainsi que nous l'avons déjà fait observer, et enfin six où il s'agissait plutôt de pelvi-péritonites tuberculeuses d'origine génitale dont nous nous occuperons ultérieurement. Restent quarante-neuf observations de péritonite tuberculeuse généralisée se répartissant ainsi :

TABLEAU E

Résultats des laparotomies du tableau de Maurange dans chaque forme clinique.

FORME CLINIQUE	VARIÉTÉ	Nombre	Décès post opératoire	Décès par généralisation	Survie sans autre mention	Survie constatée au-delà de six mois	Survie constatée au-delà d'un an	Récidive
Forme miliaire aiguë	»	0	»	»	»	»	»	»
Forme ulcéteuse....	Sèche	0	»	»	»	»	»	»
	Suppurée	1	»	1	»	»	»	»
Forme fibreuse	Sèche	4	1	1	1	»	1	»
	Ascitique généralisée	12	1	2	5	»	3	1
	Ascitique enkystée	32	»	2	10	4	16	»
		49	2	6	16	4	20	1

L'ensemble de ces quarante-neuf cas donnent quarante-une guérisons, soit 83,70 °/₀ de guérisons, chiffre sensiblement égal à celui que Maurange donne pour l'ensemble de ses observations (83,07); d'autre part, si l'on tient compte des formes cliniques, on voit que nulle part il n'est fait mention d'une laparotomie pour péritonite miliaire aiguë, ni pour la forme ulcéreuse sèche; qu'à la forme ulcéreuse suppurée, appartient une intervention suivie d'un décès par généralisation ; à la forme fibreuse sèche, quatre cas ayant amené deux décès et deux guérisons, proportion de 50 °/₀ ; la forme ascitique généralisée, douze cas, neuf guérisons, soit 75 °/₀ de guérison, la forme ascitique enkystée, trente-deux cas, trente guérisons, soit 93,75 °/₀ de décès.

Si maintenant nous combinons ces deux statistiques nous arrivons à la conclusion suivante :

Nous ne connaissons pas de cas d'intervention dans la péritonite miliaire aiguë ; dans la péritonite à forme ulcéreuse sèche, la proportion des guérisons est nulle (deux interventions, deux morts); dans la péritonite tuberculeuse à forme ulcéreuse suppurée, la guérison a été obtenue dans 42,85 °/₀ des cas; dans la forme fibreuse sèche dans 71,42 °/₀ ; dans la forme ascitique généralisée, dans 73,33 °/₀, et enfin dans la forme ascitique enkystée, dans 95,12 °/₀ des cas.

Cette conclusion nous paraît rigoureuse puisqu'elle s'appuie sur toutes les observations présentant des détails suffisants, soit dans le travail de Maurange, soit dans le nôtre ; elle s'appuie, en un mot, sur quatre-vingt-sept observations prises dans le total des cent trente-huit observations que nous connaissons (soixante-onze Maurange, soixante-sept personnelles ou non publiées par Maurange). C'est bien à peu de chose près (une dizaine environ) tout ce qui a été publié sur la matière, puisque au Congrès de Berlin, Kœnig a basé son rapport sur cent trente-une observations et qu'un petit nombre seulement ont été publiées depuis.

Au reste, un grand nombre des observations de Kœnig fussent-elles différentes des nôtres, ce qui est douteux, notre conclusion n'en reste pas moins solide; la proportion générale de guérisons immédiates de Kœnig se rapprochant beaucoup de celle que nous avons établie, il est logique d'en inférer

que les proportions partielles qu'on pourrait établir avec ses documents, ne s'écarteraient pas sensiblement de celles que nous avons déduites de nos observations.

Mais nous devons fouiller davantage cette étude statistique, et comparer les résultats de la laparotomie chez l'enfant et chez l'adulte.

Notre tableau C, sur 67 malades, ne comprend que 6 enfants (II, III, IV, XI, XXVI, XXVII).

Ces six malades ont été guéries. En conclurons-nous que chez l'enfant, la péritonite tuberculeuse traitée chirurgicalement guérit toujours? Assurément non, mais nous reconnaissons que les chirurgiens ont bien su poser les indications.

En effet, la forme miliaire aiguë n'a jamais été opérée, non plus que les formes ulcéreuses ; on ne s'est adressé qu'aux formes fibreuses, et parmi celles-ci, aux formes avec épanchement, ascitiques ou enkystées :

Cette forme avec épanchement qui, traitée médicalement, donnait à la Charité 66 °/₀ d'amélioration, en aurait donné 100 °/₀, traitée chirurgicalement, s'il faut en croire les observations jusqu'ici publiées.

Chez l'adulte, dans la statistique de M. Bard, statistique qui, malheureusement, bien qu'elle porte sur 1,500 malades, n'est pas très considérable, à notre point de vue, puisqu'elle ne comprend que dix-sept péritonites tuberculeuses, ne sont notées que trois améliorations, toutes dans la forme ascitique généralisée. Faut-il en conclure que les autres formes ne guérissent jamais? Ce serait exagéré,

puisque nous avons cité, entre autres, une malade de M. Bondet, qui a guéri d'une forme fibreuse sèche ; nous croyons que le hasard seul a fait qu'une seule forme de cette espèce se soit rencontrée parmi les malades de M. Bard.

Quoi qu'il en soit, traitée chirurgicalement, la forme ulcéreuse sèche a été observée dans deux cas, deux décès par généralisation; dans un de ces cas, elle etait manifestement d'origine intestinale (XXIV, Czerny); la forme ulcéreuse suppurée, qui a été observée dans six cas, a donné lieu trois fois à trois décès post-opératoires, et dans l'un de ces cas, l'origine primitive était évidemment une tuberculose intestinale (XXX, Czerny); il y a eu trois survies, sans autre mention. La forme fibreuse sèche (3 cas) a donné lieu à trois survies, dont une constatée au-delà d'un an, l'autre au-delà de six mois; la forme ascitique généralisée, 14 cas : 2 décès post opératoires, 3 décès par généralisation, 2 survies sans mention, 2 survies constatées plus de six mois, 4 au-delà d'un an, 1 survie a été suivie de récidive. Sur 7 cas d'ascite enkystée, 2 malades ont survécu, sans autre mention; 1 autre, plus de six mois après, et dans 4 cas, la survie a été constatée au bout de plus d'un an; 1 des cas de survie s'est accompagné de récidive.

En résumé, et ce sera la conclusion de nos deux premiers chapitres :

Chez l'enfant, la forme miliaire aiguë ne guérit pas ; la forme ulcéreuse sèche, qui paraît s'améliorer dans 21,05 des cas, n'a jamais été traitée par l'in-

tervention, non plus que la forme ulcéreuse suppurée, qui a donné à la Charité 11,76 d'amélioration (par ouverture spontanée) ; la forme fibreuse sèche, qui donne une proportion de 62,5 °/₀ par les moyens médicaux, n'a pas été traitée par la laparotomie, chez l'enfant (nous ne connaissons pas l'âge des *jeunes filles* traitées par Terrillon, nous croyons donc devoir les classer parmi les adultes) ; la forme avec épanchement, généralisé ou enkysté, a guéri toutes les fois qu'on l'a traitée par la laparotomie, et n'a guéri que dans 66,66 °/₀ des cas traités médicalement (66,66 est la moyenne entre 95,12 et 73,39, chiffres exprimant la fréquence de la guérison des formes ascitiques généralisées et enkystées chez l'enfant).

Chez l'adulte, la forme miliaire aiguë ne guérit pas ; les formes ulcéreuses ne guérissent presque jamais ; elles ont donné, traitées par la laparotomie, la forme ulcéreuse sèche, 100 °/₀ d'insuccès ; la forme ulcéreuse suppurée. 50 °/₀ de succès.

La forme fibreuse sèche, qui guérit quelquefois par les moyens médicaux (et dans une proportion que nous ne pouvons déterminer), a donné lieu à des guérisons opératoires, dans trois cas sur trois ; la forme ascitique généralisée, qui guérit dans les services de médecine dans la proportion de 5,88 °/₀ des cas (1 cas sur 17 de M. Bard), et est améliorée dans 11,76 °/₀ (2 sur 17), a donné lieu à des succès opératoires dans 35,71 cas sur 100, plus des 2/3 de ces succès ayant été suivis de guérison longtemps constatée. Enfin la forme ascitique enkystée, que l'on

observe le plus habituellement en chirurgie, a donné 100 % de succès, dont 50 % constatés plus de six mois ou plus d'un an après l'opération.

Si, à l'exemple des autres auteurs, nous ne tenions pas compte des variétés cliniques, il faudrait dire que, sur l'ensemble des cas que nous avons relatés, la péritonite tuberculeuse a été améliorée ou guérie par les moyens médicaux dans 37,5 % des cas ; que traitée par la laparotomie, elle a été améliorée ou guérie dans 74,62 % des cas, ou 78 % si l'on ne tient pas compte des récidives. Dans la moitié des cas environ, la survie a été constatée au-delà de six mois.

En comparant ainsi les totaux des améliorations et des guérisons, réunies en un même groupe, de part et d'autre, nos deux statistiques sont rigoureusement comparables et peuvent, en outre, conduire à une conclusion. Il est en effet logique de penser que, du côté où se sont trouvées le plus grand nombre des améliorations, se sont aussi produites le plus grand nombre des guérisons, quel que soit ce chiffre réel. Pour établir celui-ci, nous n'avons pu nous procurer des renseignements assez exacts sur le sort des malades guéris en dehors de Lyon. Il ne faudrait donc pas, pour l'établir, ne prendre parmi les survies que celles qui, dans notre tableau, figurent dans la colonne portant la rubrique « survie constatée au-dela d'un an » ; ce chiffre serait inférieur à la réalité. Kœnig, au congrès de Berlin, sur 131 cas, trouve 30 guérisons contatées au bout de deux ans, ce qui ferait 24 % de guérison au total ; nous pouvons admettre

ce chiffre comme fondé ; mais nous ne pouvons rien en déduire au point de vue de la proportion des guérisons dans chacune des formes de la tuberculose péritonéale ; c'est précisément là ce qu'il serait le plus important de connaître. Il faut attendre, pour cela, la publication de plus nombreux documents où la forme clinique entre nettement en ligne de compte.

En attendant, nous nous croyons fondé à admettre que la laparotomie donne, en général, d'excellents résultats dans la forme ascitique enkystée, de bons dans la forme ascitique généralisée, des résultats variables dans la forme fibreuse sèche, médiocres dans la péritonite ulcéreuse suppurée et nuls dans la forme ulcéreuse sèche.

CHAPITRE III

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA LAPAROTOMIE

Il est un fait assez frappant, et que le lecteur a sans doute déjà remarqué à la seule inspection de nos deux tableaux C et D, c'est l'augmentation peu marquée, il est vrai, mais néanmoins sensible du chiffre des décès dans ces dernières années. Il semblerait que plus une opération est connue, plus elle devrait donner de résultats heureux ; or, ici, les séries heureuses sont au début, avant l'antisepsie et dans les premiers temps de cette méthode ; les séries noires, à la fin, en 1889, en 1890. A ce parodoxe apparent, il ne faut pas attribuer d'autre cause que le peu de souci, qu'à l'étranger surtout, certains chirurgiens prennent des indications et des contre-indications. Forts de la sécurité que leur donne l'antisepsie ou

l'asepsie, ils ouvrent dans tous les cas, et se demandent *après*, ou même ne se demandent pas du tout, si leur intervention était indiquée. Certes, la laparotomie est une opération d'une innocuité absolue, pratiquée sous le couvert de l'asepsie la plus rigoureuse; nous avons vu trop de fois, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, notre maître, M. le professeur Poncet, pratiquer des laparotomies dans un but, soit d'exploration, soit de traitement, pour que nous ne soyons pas le dernier à nous inscrire en faux contre cette doctrine (1). Mais, si puissante soit-elle, l'asepsie ne peut empêcher certaines complications opératoires toujours dangereuses, parfois fatales pour le patient : telles, dans les péritonites tuberculeuses, plus particulièrement les ruptures intestinales, les hémorrhagies des vaisseaux à parois friables et l'ouverture d'un foyer purulent, transformant l'opération aseptique en une opération septique; dès lors, aucun chirurgien ne peut avoir la certitude *absolue* d'avoir stérilisé la plaie.

C'est pour n'avoir pas tenu compte de ces faits que Prochownick, que Czerny ont, cette dernière année, singulièrement assombri les statistiques. Spæth, élève de Prochownick, dans son mémoire déjà cité, en publiant quatre opérations, toutes

(1) Depuis le commencement de l'année, M. le professeur Poncet a pratiqué dans son service, en dehors des péritonites tuberculeuses, 34 laparotomies pour affections intra-abdominales les plus diverses : tumeurs de l'utérus et de ses annexes, cancers de l'intestin, etc. Sur ces 34 laparotomies, 7 n'ont dû être qu'*exploratrices*; dans tous ces cas, *pas une seule fois* on n'a observé des accidents d'infection péritonéale.

suivies de décès, commence par ranger parmi les péritonites tuberculeuses deux cas manifestes de salpingo-ovarites tuberculeuses, que nous retrouverons plus loin. De ses deux autres opérations, dans la première (obs. XXVIII), il s'agit évidemment d'une péritonite à forme ulcéreuse suppurée, d'origine intestinale; l'opération était doublement contre-indiquée; dans l'observation XXIX, des symptômes intestinaux très accusés devaient également faire prévoir la véritable nature de l'affection.

Dans la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse, il n'en est pas de même, et c'est pourquoi nous croyons dans ces cas l'intervention légitime. C'est la forme ascitique enkystée qui a donné le plus de succès, et c'est là précisément une autre cause qui rend les premières statistiques plus brillantes que celles d'aujourd'hui; au début, toutes les opérations étant dues à des erreurs de diagnostic avec des kystes de l'ovaire, le plus souvent on avait affaire à des péritonites enkystées; depuis lors, on a opéré presque toutes les manifestations de la tuberculose péritonéale, et le succès n'a pas toujours couronné les efforts des chirurgiens.

La laparotomie dans la péritonite ascitique peut guérir le malade, c'est un fait prouvé de par les statistiques; mais son indication est-elle absolue? faut-il opérer dans tous les cas et à toutes les époques de la maladie? ou au contraire dans quelques cas et à certains moments?

Nous n'hésitons pas à opter pour la seconde solu-

tion. En effet, on a dit et répété que la laparotomie, dans tous les cas de péritonite ascitique, est inoffensive : c'est une exagération, puisque dans un de nos cas (Obs. XXXVIII), la laparotomie, a, d'une façon évidente, donné un coup de fouet à la maladie primitive ; elle a, suivant l'expression du professeur Verneuil, provoqué « le réveil de la diathèse » sous forme d'une granulie suraiguë. Instruit par l'expérience, nous croyons qu'à l'avenir, on pourra éviter le retour de pareils accidents, si l'on remarque que, dans notre cas, la malade était, depuis son entrée, en proie à une fièvre rémittente, oscillant entre 39° et 40°, avec maxima vespéraux ; à la base droite existaient des signes évidents d'épanchement pleural; à la base gauche, ceux d'un certain degré de pleurite; amaigrissement, sueurs nocturnes, etc. C'étaient là des signes évidents d'une imminence de généralisation, qui auraient dû faire réserver le pronostic d'une intervention. Nous n'avons pas relevé, dans les auteurs, d'autre cas de généralisation suraiguë analogue à celui-là : Hégar (Obs. IX, de Maurange) eut un décès par tuberculose pulmonaire dans un cas d'ascite, mais trois mois après seulement. Kœnig, dans un cas d'ascite enkystée, six mois après ; la généralisation a de même amené la mort six mois après, dans un cas d'Hofmokl, forme ascitique. Dans tous ces cas, l'état général médiocre du sujet devait engager le chirurgien à n'agir qu'en cas de danger imminent, et la main forcée pour ainsi dire ; ainsi, dans le cas où Czerny eut, dans une ascite généralisée (Obs. XXXIII) un décès par généralisation tuber-

culeuse, la malade était alitée depuis plusieurs mois, présentait de la matité aux sommets ; deux mois plus tard, elle succombait de tuberculose pulmonaire.

Nous croyons donc devoir contredire entièrement l'assertion de Maurange, pour qui, dans la péritonite à forme ascitique, l'intervention n'est indiquée que lorsque le sujet a de la fièvre hectique, des sueurs nocturnes, de l'hydrothorax. Ce sont là, au contraire, et la température en particulier, des signes importants qui doivent rendre le chirurgien très prudent.

M. le docteur Chandelux, agrégé à la Faculté, a eu l'occasion d'opérer plusieurs péritonites tuberculeuses. Il nous a dit attacher une grande valeur à cette contre-indication, ainsi que, bien entendu au degré des lésions pulmonaires. Nous croyons que l'opération est contre-indiquée lorsqu'il existe des signes de ramollissement pulmonaire (1) ou d'épanchement pleural avec fièvre.

Voici une observation, que nous n'avons connue qu'après avoir rédigé le chapitre précédent, et qui est bien faite pour fixer dans l'esprit la valeur de ces deux grandes contre-indications : marche de la température, état du poumon, qui parfois ne sont pas connexes.

Il s'agit d'une jeune fille, chez qui M. Chandelux refusa d'abord l'intervention, à cause de l'hyperthermie ; plus tard, la température avait disparu,

(1) Il faut tenir compte d'un ensemble de symptômes plutôt que d'un seul, et chercher quelle est l'affection dominante. Si le tuberculeux est un péritonéal (chronique), opérer ; s'il est un pulmonaire, s'abstenir.

mais les signes pulmonaires persistaient ; il ne céda qu'aux instances de la malade ; la généralisation ne tarda pas à faire. (Obs. XLIV.)

OBSERVATION XLIV

Communiquée par M. le Dr Chandelux

Mlle C....., âgée de 21 ans, sans avoir jamais fait de maladie grave, a cependant toujours été d'une santé assez délicate, ayant fréquemment des malaises divers et des périodes où l'appétit faisait presque complètement défaut. Réglée à l'âge de 14 ans, la menstruation a toujours été très régulière, et dans les antécédents on ne trouve aucune affection abdominale antérieure. Dans sa famille, il n'y a pas eu de tuberculose, et elle-même dans son enfance n'a jamais présenté les attributs de la scrofule.

Au mois de septembre 1889, les règles commencèrent à devenir douloureuses, puis bientôt le ventre augmenta de volume et devint le siège de douleurs. A différentes reprises, il y eut des vomissements, qui persistaient pendant un ou deux jours, puis l'état s'améliorait et la malade pouvait vaquer à ses occupations habituelles. Le développement du ventre continuait néanmoins à s'accentuer, et au mois de février 1890, il avait atteint des proportions qui amenaient de la gêne de la respiration et entraînaient des troubles digestifs très marqués. Cependant il n'y avait pas de diarrhée. A ce moment aussi, la fièvre se montra, et lorsqu'elle fut soumise à mon examen, je constatai les signes suivants :

L'abdomen, très développé, était douloureux à la palpation, qui permettait de sentir en différents points des masses indurées non mobiles. Par la percussion, on trouvait une matité limitée par une ligne à concavité supérieure et par le choc, on avait manifestement la sensation de flot. Au toucher, l'utérus était mobile, non augmenté de volume, les

culs-de-sac vaginaux étaient normaux, sans aucune trace d'induration ou de tuméfaction quelconque. Rien du côté de la vessie. En examinant la poitrine, on découvrit un léger épanchement pleurétique à droite, et du côté gauche, en avant, sous la clavicule, une respiration rude, soufflante, avec bruit d'expiration prolongée et quelques craquements. La température s'élevant tous les soirs, depuis plus de quinze jours à 39°, le diagnostic avec les différents signes observés devenait facile. Il s'agissait d'une ascite symptomatique de tuberculose mésentérique et péritonéale, avec noyaux tuberculeux dans les poumons. En raison de la température et de l'imprégnation tuberculeuse de l'organisme, aucune intervention ne fut proposée. On se contenta de prescrire un traitement général, en faisant connaître à la famille toute la gravité de la situation.

Dans la deuxième quinzaine d'avril, une amélioration notable se produisit dans l'état général; la malade reprit de l'appétit et de l'embonpoint, et la fièvre cessa complètement. Par contre, du côté du ventre, les phénomènes d'augmentation de volume se poursuivirent, mais en se localisant dans la fosse iliaque gauche, si bien que, à ce niveau, une tuméfication globuleuse, saillante, fluctuante, nettement appréciable à la vue, se manifesta sur la paroi.

En présence de cette modification, et sur les instances réitérées de la malade d'être soumise à une opération, une intervention fut décidée. Elle eut lieu le 23 mai, et consista dans l'incision des parois, puis du péritoine épaissi. On arriva ainsi dans une poche d'ascite enkystée, dont l'ouverture donna issue à près d'un litre d'un liquide épais, colloïde, jaune verdâtre, renfermant des grumeaux et des masses de fibrine concrétée. En introduisant le doigt dans cette cavité, on put reconnaître de nombreuses masses tuberculeuses agglomérant les anses intestinales les unes aux autres, et cloisonnant la cavité péritonéale en une série de loges ou petites poches remplies de liquide, dont la plus volumineuse de toutes avait été ouverte. De nombreux modules tuberculeux

existaient sur le péritoine pariétal, mais les trompes et les ovaires paraissaient sains. Un gros drain fut introduit dans la cavité, fixé à la paroi, et le tout fut recouvert d'un pansement rigoureusement antiseptique.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Pas de température, pas de vomissements, et soulagement très grand éprouvé par la malade. On laissa le drain en place jusqu'au commencement de juillet. A cette époque, il fut enlevé, la plaie se cicatrisa en quelques jours, et la malade put se lever. Mais les poches non évacuées d'ascite enkystée continuèrent à se développer, et malgré un séjour de deux mois aux bords de la Méditerrannée, l'évolution tuberculeuse suivit son cours, aussi bien du côté du péritoine que dans les poumons, se manifestant de temps à autre par des poussées avec élévation de température, auxquelles faisaient suite des périodes d'apyrexie.

Finalement, la malade se cachectisa, perdit l'appétit et succomba le 20 octobre 1890.

Opération faite pour répondre au désir de la malade, qui croyait devoir être guérie par cette intervention. L'innocuité d'une laparotomie faite dans ces conditions autorisait à lui donner cette satisfaction, sans qu'on puisse, d'ailleurs, se faire illusion sur le résultat ultérieur qu'on pourrait en obtenir.

De l'étude de cette observation, et d'autres analogues, nous devons conclure que, dans le cas où le malade présente une température fébrile, si l'ascite ne menace pas la vie par son abondance, il vaut mieux attendre et user des moyens médicaux ; si elle augmente, peut-être alors une ponction serait-elle indiquée, puisque la laparotomie est contre-indiquée ; en tout cas, si l'on se décide à l'intervention, on saura que l'on n'a pas beaucoup de chances

de succès ; (1) mais si, par la thérapeutique, la fièvre tombe et que l'épanchement reste, une laparotomie sera alors formellement indiquée. Elle le sera bien plus encore dans ces cas, assez fréquents, si nous en croyons notre expérience, où la T.R. est nulle, ce sont ceux-là que l'on voit surtout dans les services de clinique, ceux-là que l'on prend souvent pour des kystes de l'ovaire, ce sont, en un mot, les cas d'épanchement ascitique enkysté, qui donnent les résultats les plus brillants. Parmi ces interventions, nous ne connaissons que deux cas de mort, ceux de Kœnig (obs. XII Maurange) où la mort est survenue six mois après de tuberculose généralisée, et le cas de Preuss-Bilin (obs. XXII Maurange), où le malade a succombé à une tuberculose intestinale. Nous n'avons pas de détails sur le malade de Kœnig ; en tous cas, la généralisation ne paraît pas avoir été provoquée par l'intervention ; une guérison opératoire avait séparé les suites de l'opération de la maladie ultime ; quant à celui de Preuss-Bilin, il était atteint d'entérite tuberculeuse avant l'opération, et il est mort après, du fait de cette tuberculose intestinale. Toutes les fois qu'il existera des signes manifestes d'entérite tuberculeuse, d'ulcérations intestinales surtout, l'abstention devra être la règle, l'intervention l'exception.

Par conséquent dans la forme ascitique, enkystée ou généralisée, apyrétique, sans phénomènes intestinaux ni pleuraux, l'intervention sera de règle, et

(1) Le décès du n° XXXVII est une nouvelle preuve de l'importance de cette contre-indication.

elle sera précoce, nous entendons dès qu'un traitement médical approprié pendant un certain temps aura été inefficace, mais avant que l'affaiblissement progressif du malade l'ait amené dans un état de cachexie qui l'empêcherait de supporter l'opération. Tant que la respiration et les fonctions digestives ne seront pas trop gênées par l'épanchement, on pourra hésiter; mais dès que l'ascite distendra considérablement l'abdomen, dès, en un mot, que se serait posée autrefois l'indication de la ponction, c'est la laparotomie qui doit être pratiquée.

En effet, aucune des péritonites que nous avons vu guérir, après un traitement médical, n'avait été traitée par la ponction. Parmi les observations de M. Perroud, deux malades seulement avaient été ponctionnées; on note une amélioration sur le moment, mais l'état ultérieur n'est pas indiqué. Chez l'adulte, les malades qui guérissent à la suite d'un traitement médical, n'ont en général, pas été ponctionnés.

Dans les thèses de Delpeuch, de Boulland, de Dresch (1) nous ne trouvons que deux observations, sur un nombre considérable de cas, où les ponctions paraissent avoir amélioré temporairement le malade.

Nous sommes donc fondé à dire que la ponction est inutile. Cette insuffisance thérapeutique s'est bien manifestée dans les observ. XVII (Schwarz) et XXXIX (Petri) de la thèse de Maurange, où ce

(1) Dresch, terminaisons de la péritonite tuberculeuse. Th. Paris 1878.

n'est qu'après l'insuccès de plusieurs ponctions réitérées qu'on se décida à la laparotomie.

Bien plus, la ponction peut être dangereuse. Nous ne parlons pas des fautes contre l'asepsie ; ce serait la faute de l'opérateur et non du procédé ; mais quelque précaution qu'on prenne, l'extrémité du trocart peut entraîner quelques parcelles de liquide qui, s'il est septique, peut suffire à infecter une région du péritoine qui ne l'était pas, si l'on suppose le cas le plus fréquent, celui d'un épanchement enkysté.

Et de fait, l'inconvénient des ponctions nous paraît avoir été mis en lumière, sans le vouloir, par Démosthène, de Bucharest, qui les trouve très avantageuses et voudrait en voir généraliser l'emploi ; pour cet auteur on ne devrait ouvrir le péritoine que le bistouri précédé, pour ainsi dire, par une sé: ie d'aiguilles aspiratrices, préalablement plongées dans toutes les directions, et cependant, dans sa première observation (notre obs. XIII), ne voit-on pas un épanchement ascitique devenir purulent après une ponction au Potain faite dans un service de médecine? Ici le *post hoc, ergo propter hoc* ne serait pas trop risqué, et nous ne voyons pas la nécessité, à propos de ce cas, de suivre Démosthène dans la description d'une nouvelle forme de péritonite tuberculeuse à épanchement purulent.

Dans une deuxième observation (notre obs. XIII), à l'autopsie, on trouva un foyer purulent, non évacué pendant l'intervention ; les nombreuses ponctions exploratrices qu'on avait pratiquées en tous sens ne pourraient-elles pas être quelque peu coupables ?

Quoi qu'il en soit, si l'on n'admet pas l'influence nocive des ponctions dans les deux cas précédents, on ne niera pas que le danger existe, et que le meilleur moyen de le prévenir, c'est de ne pas s'y exposer.

Enfin, la ponction est un moyen aveugle, souterrain pour ainsi dire, qui peut blesser une anse intestinale, occasionner par suite une péritonite suraiguë, léser un vaisseau et causer une hémorrhagie interne.

On n'aurait d'ailleurs qu'à parcourir la thèse de M[lle] Lichtermann (1), pour douter fort de l'utilité des ponctions ; ce travail, qui semble avoir pour but de démontrer l'inefficacité d'une thérapeutique quelconque en présence de la péritonite tuberculeuse et même seulement de la péritonite ascitique (!) comprend sept observations ; dans quatre, des ponctions réitérées ont abouti à la mort ; dans une cinquième, (obs. IV,) empruntée à Alamartine (2), un épanchement considérable fut l'occasion d'une syncope mortelle ; dans une sixième, il y avait une ascite énorme qui provoqua une thrombose et la mort du malade. Si toutes les statistiques ressemblaient à celle-là, la question de la valeur de l'expectation serait vite jugée ; il est vrai que M[lle] Lichtermann conclut à la terminaison fatale de la péritonite ascitique dans tous les cas, à plus ou moins longue échéance, même après l'intervention chirurgicale ;

(1) M[lle] Sophie Lichtermann. *Forme ascitique de la péritonite tuberculeuse*, Th. Paris, 10 juill. 1890.

(2) Alamartine. *Loire médicale*, 1888.

mais comme sa thèse se borne à reproduire une série de cas malheureux et non une vraie statistique, ses assertions ne reposent sur aucun fondement. Des faits qu'elle relate, nous n'en retiendrons qu'un, la fréquente insuffisance de la ponction. — Son inutilité a été manifeste dans plusieurs observations, notamment dans celle de Waitz (XXVI) où ce n'est qu'après l'insuccès de plusieurs ponctions qu'on fit la laparotomie ; dans le cas de M. Vinay (obs. XXXIX) où la ponction antérieure à l'opération a été nettement inefficace, et peut-être nuisible ; au lieu d'un épanchement hématique constaté par la ponction, on trouva, par la laparotomie, un liquide séro-purulent. Ou bien verrait-on dans ce fait une confirmation de la théorie des épanchements « histologiquement hémorrhagiques » inventée par Dieulafoy pour la pleurésie? Nous inclinons vers la première hypothèse, plus d'accord, semble-t-il, avec les données scientifiques actuelles sur la suppuration.

Tels sont les inconvénients de la ponction. Le bistouri, au contraire, a tous les avantages du trocart, puisque, comme lui, il remédie aux accidents immédiats de l'ascite ; il n'en a pas les inconvénients ; et enfin il a sur lui la supériorité incontestable de produire la guérison dans plusieurs cas, ce qui est exceptionnel après la ponction.

Si dans les formes ascitiques, la laparotomie nous semble indiquée, nous ne serons pas aussi formel pour la forme fibreuse sèche. MM. Terrillon, Jacobs, Poncet, ont, il est vrai, chacun un cas de guérison à leur actif, mais le cas de Terrillon seul date

de six mois, celui de Jacobs est tout récent. La malade de M. Poncet (Obs. XLIII), est encore en observation. Dans la thèse de Maurange, cette forme, observée quatre fois a donné lieu à un décès post-opératoire, mais ce fut de la septicémie (2me observation de Naumann) : un autre décès survint par généralisation, mais à longue échéance ; enfin, une survie sans autre mention, et une survie au-delà d'un an. La question de l'intervention dans la péritonite tuberculeuse chronique, apyrétique, sans épanchement et avec adhérences fibreuses, ne peut donc pas encore être tranchée complètement ; cependant Terrillon est pour l'intervention, tout en jugeant que la forme ascitique en est l'indication primordiale.

Si au lieu d'avoir des tendances fibro-formatives, la péritonite tuberculeuse sèche a des tendances ulcéreuses, c'est-à-dire si le malade se présente avec un abdomen ballonné, très douloureux à la pression, des zones d'induration profonde plus ou moins irrégulière et bosselée, mates à la percussion, entourées de zônes irrégulières tympaniques donnant lieu, par leur enchevêtrement avec les premières, à ce qu'on a pittoresquement appelé la matité en damier, avec pas ou très peu de liquide, des cris intestinaux, du froissement amidonné et du bruit de neige à la palpation, de la fièvre rémittente, un pouls petit, serré et rapide, des troubles digestifs, des phénomènes abdominaux décelant souvent une tuberculose intestinale sous la tuberculose péritonéale, alors l'abstention est la règle, ce sont les cas que nous

avons catégorisés sous le nom de forme ulcéreuse sèche, ce sont ceux qui nous ont donné 100 °/₀ de mort par l'intervention et seulement 5,25 °/₀ par l'expectation (statistique Perroud). Ici, l'abstention est la règle.

Cependant, la maladie suit son cours : une région, qui présentait des points mats et des points sonores, devient uniformément mate, l'induration préexistante se ramollit et se transforme en un empâtement profond, quelquefois en une fluctuation évidente, la douleur, qui était généralisée à tout l'abdomen, se localise en ce point, ou du moins y est plus vive, plus lancinante que partout ailleurs, la température présente les grandes oscillations de la pyohémie ; c'est que les foyers caséeux se sont ramollis, ont suppuré, il s'est formé un abcès tuberculeux : à la forme ulcéreuse sèche, a succédé la forme ulcéreuse suppurée, et dès lors, les indications ont changé : l'indication qui prime toutes les autres est celle de l'abcès : *ubi pus, ibi evacua*. La température, qui contre-indiquait l'opération dans la forme ascitique, l'indique au contraire ici, et d'une façon formelle, bien que les résultats ne soient pas toujours favorables, en raison du processus toujours envahissant et destructeur de la caséification et du ramollissement purulent des masses tuberculeuses agglomérées du péritoine viscéral et pariétal, de l'épiploon et des ganglions mésentériques, dont l'ensemble, adhérent et confondu, ressemble parfois à une vaste caverne multiloculaire. Ces adhérences faisaient le danger de la forme ulcéreuse sèche. (Dans un cas, Terrillon

fut assez heureux pour ne pas avoir d'accident opératoire, mais sa malade mourut de généralisation; dans le cas de Czerny, en voulant, avec la cuiller tranchante, évacuer le contenu caséeux de quelques loges, des déchirures intestinales se produisirent qui emmenèrent la malade dans le collapsus en quelques heures.) Elles constituent aussi le danger opératoire de la forme ulcéreuse suppurée : toutes les fois qu'on n'a pas voulu se borner à traiter cette manifestation de la tuberculose par l'incision et le drainage, qu'on a voulu curer, râcler, enlever, on a eu des accidents graves, par ce fait que l'intestin vient avec les débris que l'on veut enlever avec la curette. Dans d'autres cas, le pus de l'abcès a infecté le péritoine (obs. XXXI, Czerny; XXVIII, Spæth) et une péritonite septique s'est déclarée. Aussi, ne faut-il jamais essayer de réunion par première intention, comme a eu tort de le faire Spæth, ou de curetage trop soigneux, comme l'a fait Czerny; le curetage favorise peut-être l'absorption des germes.

Malgré ces dangers, l'intervention est de rigueur, car si l'on n'intervenait pas, ou bien le malade succomberait bientôt, ou bien le pus tendrait à se faire jour à l'extérieur; le plus souvent, il choisit pour issue à travers la paroi abdominale le point de cette paroi qui, ainsi que l'a montré Gauderon (1), est le moins résistant, la cicatrice ombilicale; dans certains cas, comme l'a montré Gœbel (2), une rougeur se

(1) Gauderon. — *Loc. cit.*

(2) Gœbel. — De quelques complic. du côté de l'ombilic dans la périt. tub. Th., Paris.

produit à l'ombilic qui se résoud ensuite, mais ce n'est là qu'un incident sans importance ; dans les cas où cette tuméfaction et cette rougeur ombilicales sont dues à un processus ulcéreux de nature tuberculeuse, la rétrocession n'a jamais été observée ; il se produit ou une fistule purulente, qui quelquefois s'est terminée par la guérison (1 fois sur 4 ; dans 2 cas, les malades n'ont pas été suivies ; dans 1 autre cas, mort) (1) ou, le plus souvent, par une fistule stercorale, toujours fatale (8 observations, 8 morts) ; la marche ulcéreuse du processus abandonné à lui-même se fait en effet à la fois sur la peau et sur l'intestin, qui ne tarde pas à être perforé. Dans ces cas, on a vu des lombrics se faire jour par la fistule (2) et sortir à l'extérieur. Les malades, qui sont ordinairement des enfants, ne tardent pas à succomber, épuisés par la suppuration et par le défaut d'alimentation, d'autant plus prononcé que la fistule siège plus haut sur l'intestin (3).

Telle est une des complications importantes de la péritonite tuberculeuse ulcéreuse, la fistule stercorale ; à supposer, ce qui est arrivé exceptionnellement, que le malade ne succombe pas rapidement, le chirurgien est-il impuissant ? Czerny ne l'a pas pensé, et dans un cas (obs. XXX), il a essayé de guérir une fistule stercorale par la suture ; mais, voulant dérou-

(1) Vacher. – Loc. cit.

(2) Davaine. – Traité des Entozoaires, 1879. – Vacher. – *Loc cit.*

(3) Dans quelques cas, on a vu des lombrics sortir par des fistules purulentes non stercorales. M. Vacher en cite des exemples chez l'enfant, quelques-uns avec guérison. Nous en avons cité un cas dans la statistique de M. Bard.

ler l'intestin, il lui fit 7 déchirures, en sutura immédiatement 5; les 2 plus grandes étant voisines, il réséqua à ce niveau 9 centimètres d'intestin. La malade, après l'anesthésie, tomba dans le collapsus et succomba au bout de dix heures.

Une complication que nous n'avons pas trouvée dans nos observations, mais qui peut se rencontrer, c'est la péritonite par perforation, par ouverture d'un foyer caséeux dans l'intestin, ou au contraire par ulcération de l'intestin de dedans en dehors ; en général, des adhérences ont préalablement isolé le point ulcéré, et la communication n'a pas lieu avec la grande cavité péritonéale ; cependant il est permis de supposer que cela pourrait arriver; des matières stercorales feraient alors issue dans le péritoine, de même qu'il pourrait se faire qu'un abcès préalablement enkysté communiquât par une rupture brusque avec le péritoine. Dans les deux cas, on aurait affaire à une péritonite septique suraiguë, et l'intervention serait de rigueur, aussi hâtive que possible.

A propos d'une péritonite par perforation, due à un entérolithe, M. le professeur Bondet (1) insistait récemment sur la nécessité d'une intervention aussi précoce que possible, dans le cas de péritonite par perforation. Ces préceptes sont entièrement applicables au cas de perforation d'origine tuberculeuse.

Mais si la perforation intestinale, accompagnée de symptômes aigus est exceptionnelle, l'occlusion in-

(1) Bondet, *Province médicale*, 20 avril 1889. Péritonite aiguë par perforation, laparotomie.

testinale, avec son cortège symptomatique habituel, n'est pas rare dans la péritonite tuberculeuse. Le cours des matières peut être gêné, c'est la constipation chronique ; il peut être totalement arrêté, c'est l'occlusion aiguë dans le cas par exemple, où un intestin s'est coudé sur une bride péritonéale, ou bien où il est enserré par des adhérences et a ainsi son calibre oblitéré. Dans ces cas, la guérison spontanée étant impossible, en raison de la nature même de l'occlusion intestinale, la laparotomie nous paraît indiquée, quelle que soit la nature de la lésion initiale, fibreuse ou ulcéreuse ; l'indication vitale est urgente ; si le chirurgien ne peut lever l'obstacle, ce qui est arrivé plusieurs fois, il pourra du moins, le plus souvent, créer un anus contre nature. Mais dans ce genre d'opération, la plus grande prudence est obligatoire en raison de la friabilité extrême de l'intestin par suite des adhérences multiples et souvent de la dégénérescence caséuse de ses tuniques.

Voici un exemple d'occlusion intestinale par exsudats péritonéaux, au cours d'une péritonite tuberculeuse à forme ulcéreuse sèche, bien carctérisée. Il nous a été communiqué par M. Poncet et par M. Doyon, interne du service, alors que notre statistique était faite ; c'est pourquoi il n'y figure pas ; il n'aurait d'ailleurs rien changé à la gravité du pronostic de la forme ulcéreuse, puisqu'il s'est terminé par la mort. Néanmoins l'indication de l'intervention était absolue, en raison de l'occlusion intestinale.

OBSERVATION XLV.

Jeune fille de 11 ans, entrée le18 novembre 90 salle Saint-Paul, dans le service de M. le professeur Poncet. Elle dit n'être malade que depuis 15 jours; cependant des renseignements ultérieurs permettent d'affirmer que son affection actuelle a débuté il y a au moins deux ou trois mois. Mais il n'y a que quinze jours que se sont manifestés des symptômes d'occlusion intestinale d'abord incomplète, puis complète. Actuellement, la malade dit n'être pas allée à la selle depuis plusieurs jours; elle souffre beaucoup du ventre, a quelquefois des vomissements et de fréquentes nausées. Son ventre est très ballonné, douloureux à la pression. La vessie est distendue : après l'avoir vidée à l'aide d'un cathétérisme, on constate à la palpation la présence d'une induration paraissant constituée par des ganglions, et s'étendant depuis la fosse iliaque droite jusque sous le foie. Faciès abdominal; extrémités froides ; pouls filiforme.

Séance tenante, la malade est transportée à la salle d'opération. Laparotomie latérale, au niveau de la tuméfaction iliaque. On tombe sur les masses senties à la palpation, et qui paraissent être des ganglions caséeux ; tous les intestins sont adhérents entre eux et à ces masses; ils sont recouverts d'un semis d'innombrables granulations tuberculeuses. Liquide ascitique clair, en petite quantité. On ne peut trouver la cause de l'obstacle, et en raison de l'état général grave de l'enfant, on n'essaie pas de pratiquer un anus contre nature. La malade est, en effet, à l'agonie, et elle succombe peu après.

21 novembre — Autopsie. — Les masses senties à la palpation, et constatées par la laparotomie sont constituées par d'énormes ganglions mésentériques, caséeux ; trois sont situés au niveau de la fosse iliaque droite ; un d'eux a le

volume d'un œuf, les autres, celui d'une noix. Adhérences entre toutes les anses intestinales entre elles et à la paroi abdominale. En voulant les dégager on produit de nombreuses perforations ; il faudrait les sculpter dans le tissu qui les environne, pour les isoler.

Ces adhérences sont en dégénérescence caséeuse. Les masses intestinales, avec les brides qui les enserrent entre elles et les unissent aux ganglions, forment un magma impossible à différencier ; c'est probablement ce fait qui explique l'occlusion intestinale.

L'intestin grêle est très congestionné, et présente par places trois ou quatre ulcérations.

L'estomac est adhérent aux anses intestinales et au diaphragme.

Le foie est recouvert d'adhérences, il est gras.

Le cœur renferme dans le ventricule gauche un gros caillot blanc.

Thorax. — Pleurésie sèche sur toute la hauteur des deux côtés ; ces adhérences ne sont cependant pas assez solides pour empêcher de séparer l'un de l'autre les deux feuillets pleuraux.

De chaque côté, au sommet des poumons, quelques rares tubercules ; en arrière, congestion de la base ; atélectasie du bord libre ; en avant, emphysème.

Dans la thèse de Maurange, on trouvera plusieurs observations analogues, dont quelques-unes suivies de succès.

Enfin, il est à peine besoin d'ajouter, en terminant, qu'étant donnée l'innocuité absolue de l'incision péritonéale, lorsqu'il n'y a pas élévation de la température, il sera permis, chez un malade apyrétique, de faire une incision exploratrice dans les cas de tumeur intra-péritonéale ou d'ascite de na-

ture douteuse ; s'il s'agit d'une tuberculose péritonéale, comme s'il s'agit d'une tumeur, le malade pourra bénéficier de l'opération ; si la cause de l'ascite est ailleurs, dans le foie, par exemple, l'expérience a prouvé que l'intervention, quoique inutile, n'a pas été nuisible.

« D'une part, l'incision exploratrice n'offre pas de danger, et d'autre part, en n'opérant pas, on laisse le malade courir le risque d'une aggravation, dans le cas où son affection pourrait bénéficier de la laparotomie. » (M. Poncet, communication orale).

En résumé, dans l'immense majorité des cas, nous n'admettons d'autre traitement chirurgical que la laparotomie.

Cette opération a des indications absolues et des indications relatives.

Les indications absolues sont fournies par des symptômes d'occlusion ou de perforation intestinale, d'empyème péritonéal, ou d'épanchement abondant, sans élévation de la température, menaçant la vie du malade. Ces symptômes exigent une intervention immédiate, quelle que soit la forme de péritonite tuberculeuse dans laquelle on les observe.

Pour apprécier la valeur des indications relatives, il faut tenir compte de la forme clinique, et des circonstances du fait, qui peuvent constituer une contre-indication.

Dans la *forme ascitique généralisée* ou enkystée, à épanchement de moyenne abondance, indication formelle de la laparotomie, sauf :

Trois contre-indications : *a* Etat fébrile.

b Symptômes pulmonaires assez avancés (second degré, par exemple.)

c Signes d'ulcérations intestinales.

Forme fibreuse sèche : laparotomie discutable; contre-indications identiques; une indication d'urgence assez fréquente est l'occlusion intestinale.

Forme ulcéreuse : laparotomie contre-indiquée, sauf indication d'urgence (qui est ordinairement la suppuration).

Forme granulique : contre-indication absolue à toute intervention.

Dans une seule hypothèse, *la ponction* nous paraît peut-être préférable à la laparotomie, *comme moyen d'attente*; c'est le cas de coïncidence d'un épanchement ascitique avec de l'hyperthermie; la laparotomie risquerait de provoquer une généralisation aiguë (obs. XXXVIII) ou d'accélérer une tuberculose à marche lente (obs. XLV).

Enfin, le type des indications relatives est constitué par la nécessité d'assurer un diagnostic incertain ; si le (ou plus souvent la) malade est apyrétique, la laparotomie est d'une *innocuité* absolue dans le cas de péritonite tuberculeuse, comme dans le cas de tumeur, et elle peut devenir un agent curatif après avoir été un moyen de traitement.

« Pour être efficace, l'intervention doit être « précoce.

« Or, la précocité de l'intervention est une ques- « tion de diagnostic.

« Si le diagnostic est incertain, il faut donc l'as-

« surer par une incision exploratrice. » (M. Poncet, communication orale).

Nous n'ignorons pas que tel ou tel cas en particulier pourra ne pas rentrer dans une des classes définies que nous venons d'indiquer. « *Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades.* » Cet axiôme bien connu s'applique à la péritonite tuberculeuse comme à toute autre affection, plus qu'à toute autre peut-être. Nous savons qu'en pratique, il y a des formes mixtes, et des variétés tellement nombreuses, qu'il serait téméraire de vouloir leur donner à chacune un nom ; nous savons qu'il y a des formes de transition, que telle péritonite tuberculeuse d'abord sèche, s'accompagnera ensuite d'un épanchement, ou vice versà ; que dans telle autre l'épanchement de séreux qu'il était, peut devenir séro-purulent, peut-être purulent (d'après Démosthène) ; qu'entre la forme ascitique généralisée et la forme enkystée il y a une infinité de formes de transition dans lesquelles on observe un épanchement remplissant presque toute la cavité péritonéale, et accessoirement quelques poches kystiques, de plus ou moins grand volume ; qu'à un moment donné une forme à tendance d'abord fibreuse, peut par le fait de la caséification et du ramollissement de ses exsudats d'abord solides et pseudo-membraneux, aboutir aux diverses variétés de la forme ulcéreuse, qu'enfin, à un moment quelconque, toute péritonite tuberculeuse peut être troublée dans son évolution chronique par une poussée aiguë de granulations miliaires, le plus souvent fatale ; il faudrait passer en revue l'anatomie

pathologique de la tuberculose péritonéale pour pouvoir envisager toutes les hypothèses. Mais c'est le défaut de toute classification que de ne pas s'appliquer exactement à tel ou tel cas particulier. C'est le mérite du clinicien de démêler les indications en présence du malade. Nous croyons néanmoins, ces restrictions faites, qu'on se rapproche davantage de la vérité en instituant quelques grands types cliniques, qu'en voulant renfermer toutes les affections du péritoine dans un même cadre.

CHAPITRE IV

MANUEL OPÉRATOIRE DE LA LAPAROTOMIE DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Nous venons de voir dans quelles circonstances le chirurgien devait intervenir, à quelle époque il doit le faire. Mais comment doit-il intervenir ? C'est la question qu'il nous reste à résoudre, c'est en un mot, le chapitre du manuel opératoire que nous devons traiter.

Jusqu'à ces deux dernières années, ce chapitre eût eu une importance capitale ; la plupart des auteurs qui écrivaient sur la question décrivaient minutieusement la façon dont ils faisaient la toilette du péritoine, les solutions qu'ils employaient, etc. Actuellement toutes ces discussions sur le plus ou moins de mérite de tel ou tel antiseptique dans le

traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse n'ont plus qu'un léger intérêt historique, il est bien démontré que quel que soit le *modus faciendi*, pourvu que la laparotomie soit faite aseptiquement, le résultat est le même qu'avec n'importe quel antiseptique.

Et de fait les antiseptiques puissants, s'ils n'ont pas d'avantages auraient peut-être des inconvénients; quelque épaissi que soit le péritoine, quelque atténuées que soient ses propriétés absorbantes normales par les processus pathologiques dont il est le siège, il n'en est pas moins vrai que cette absorption est encore suffisante, sur une étendue aussi vaste que celle de la cavité péritonéale, pour provoquer, le cas échéant, des accidents d'intoxication hydrargyrique, phéniquée, iodoformée ou autre. Tout récemment encore, notre ami Ch. Audry insistait sur les dangers de l'intoxication iodoformée par le tampon de Mikulicz ; son argumentation, juste en beaucoup de points, repose, il est vrai, sur des cas complexes, où il est difficile de démêler la part à faire soit à l'intoxication iodoformée, soit à la septicémie (1).

Cependant nous croyons que pour être sûr de son asepsie, il faut, dans le milieu hospitalier du moins, être toujours, jusqu'à un certain point, antiseptique.

En effet, le danger de septicémie n'est peut être pas moindre avec un péritoine malade qu'avec un péritoine sain.

(1) Ch. Audry, *Lyon Médical*, 16 novembre 1890. Intoxication iodoformée, consécutive au tampon péritonéal de Mikulicz.

Il serait même plus considérable, s'il fallait admettre comme démontrées les recherches de Orth sur ce sujet (1).

D'après cet auteur, on peut injecter, sans rien déterminer, dans la cavité péritonéale de chats, chiens, cobayes et rats, jusqu'à 10 centimètres cubes d'une dilution d'une culture de staphylococcus pyogenes aureus ou de streptococcus pyogenes, tandis que, chez des animaux ascitiques, il suffit de l'introduction d'un centimètre cube d'une dilution de staphylocoques pour produire une péritonite mortelle en trois ou quatre jours. De même, l'injection de 5 centimètres cubes d'une dilution de staphylocoques produit régulièrement une péritonite mortelle quand elle est consécutive à une lésion traumatique ou chimique du tissu péritonéal (excision d'un petit morceau de mésentère, par exemple, ou cautérisation d'un point à la térébenthine).

L'auteur semble assimiler l'état d'un péritoine chroniquement enflammé à celui d'une séreuse récemment vulnérée. L'assimilation est-elle juste ? Elle demanderait confirmation.

Cette théorie va en effet à l'encontre de ce que les cliniciens avaient remarqué avant l'antisepsie ; on considérait alors comme un fait acquis qu'un péritoine chroniquement enflammé, autour d'un kyste de l'ovaire, par exemple, était moins susceptible de s'infecter qu'un péritoine sain.

(1) Orth, Centralblatt für Chir. 30 nov. 1889, page 849. Anal. *in Ann. Gynécol*, juin 1890.

Quoi qu'il en soit, les plus grandes précautions sont de rigueur.

En conséquence l'antisepsie sera employée pour la désinfection des mains et des avant-bras de l'opérateur et des aides ; pour celle de la paroi abdominale du malade. Celui-ci aura été envoyé la veille au bain de sublimé, si son état le permet ; le rectum sera vidé à l'aide d'un lavement ; s'il s'agit d'une femme, on lui fera pendant les deux jours précédents des injections d'eau boriquée tiède, et une autre le matin même de l'opération. Dans l'un et l'autre sexe, le pubis sera rasé, la paroi abdominale lavée à l'eau chaude et au savon, puis à l'éther, de nouveau à l'eau, puis à l'alcool et au sublimé.

Au moment même de l'opération, le cathétérisme vésical sera pratiqué, ainsi qu'une nouvelle désinfection des régions génitales externes, surtout chez la femme.

S'il s'agit d'une forme ascitique, généralisée ou enkystée, on fera une laparotomie médiane ; le péritoine sera incisé avec le plus grand soin, on commencera par lui faire une petite boutonnière avec la sonde cannelée, par où s'échappera le liquide, puis en introduisant le doigt, on conduira l'extrémité des ciseaux de façon à refouler une anse intestinale (1), ou à s'arrêter avant de la rencontrer si elle était

(1) Il arrive fréquemment qu'une anse intestinale se présente immédiatement (Observ. XL) ; mais il est rare que, comme dans le cas de Labbé (XVIII) *tous* les viscères soient refoulés en avant par un épanchement situé dans la profondeur ; dans ce cas, il fallut décoller deux anses intestinales adhérentes pour que le liquide pût s'échapper.

adhérente ; il faut employer des ciseaux à pointe mousse, et n'utiliser qu'une des lames, en s'en servant comme d'un bistouri boutonné.

Dans la plupart des cas, le feuillet pariétal est épaissi ; aussitôt après son incision s'échappe un flot de liquide quelquefois citrin et limpide, d'autres fois séreux et trouble, ou séro-purulent, avec des flocons fibrineux. Dans les cas d'ascite généralisée, quelquelquefois les anses intestinales sont libres, mais le plus souvent elles présentent des adhérences lâches. Dans les cas d'ascite enkystée, il arrive souvent qu'on ne voit pas les circonvolutions intestinales, toutes agglomérées en un paquet contre la colonne, et recouvertes par l'épiploon granuleux comme le reste du péritoine. L'épiploon, dans ces cas, forme comme une cloison séparant en deux la cavité abdominale ; c'est que, pour la laparotomie, le diagnostic avec le kyste de l'ovaire est fort difficile, quelquefois même impossible, ainsi que l'enseigne M. Laroyenne. C'est dans ce cas, d'ailleurs, qu'une laparotomie exploratrice s'impose, étant donné qu'elle n'offre aucun danger.

Les granulations nous ont paru, sur le vivant, offrir deux aspects différents, suivant que l'opération est faite de bonne heure, ou à une période avancée de l'affection ; dans le premier cas, le péritoine pariétal surtout, et accessoirement le péritoine viscéral est d'un rouge cerise uniforme avec d'innombrables saillies, du volume d'une lentille à un pois, de même couleur que le fond ; le péritoine est comme chagriné, et ressemble à du velours d'Utrecht ; c'est ce

qui se voyait dans l'observation XLII ; on ne nous objectera pas que la tuberculose n'existait pas, puisque des inoculations faites avec des fragments du péritoine pariétal, ont été positives. C'est de la tuberculose verruqueuse du péritoine. Dans d'autres cas (observation XVIII, par exemple), les granulations ont acquis déjà l'aspect qu'on est habitué à leur voir à l'autopsie.

(Le péritoine d'un cobaye atteint de tuberculose péritonéale et sacrifié au début de cette manifestation, présente un aspect tout à fait analogue, d'après notre ami M. Courmont, au péritoine de l'observation XLII.)

Après avoir évacué le liquide, on fera une irrigation d'eau stérilisée chaude, ou d'eau bouillie boriquée chaude à 45°, même si le liquide retiré était clair ; s'il était séro-purulent et contenait des flocons, il faudra, par le lavage, entraîner tous les débris et les produits de nouvelle formation flottant dans liquide, et continuer jusqu'à ce que l'eau sorte claire.

M. Poncet préfère l'eau stérilisée chaude à tout antiseptique ; on a préconisé successivement sublimé, naphtol, thymol, acide phénique, acide salicylique, acide borique, huile de vaseline iodoformée. L'expérience a montré le peu d'importance de leur emploi ; d'après Kœnig, dans 80 cas, on a fait usage d'antiseptiques ; dans 50, on ne s'en est pas servi ; or, la guérison a été plus fréquente dans cette dernière catégorie.

Ensuite, on fera la toilette du péritoine avec des

tampons stérilisés (ouate aseptique enveloppée de gaze aseptique) toujours plus certainement purs de toute contamination que les éponges les mieux préparées ; car le meilleur stérilisant est la chaleur (1), que les éponges ne supportent pas (2). Sutures péritonéales au catgut, à points séparés. Sutures profondes et superficielles de la paroi, au fil métallique ou mieux au fil de soie. Dans plusieurs cas, M. Poncet a saupoudré le péritoine d'iodoforme ; dans lès deux dernières opérations, il a placé dans le péritoine un grand crayon d'iodoforme, légèrement flambé au préalable ; ce crayon a été bien toléré, il n'y a pas eu de symptômes d'intoxication. Pansement aseptique compressif. Si l'asepsie a été parfaite, le drainage est inutile.

Si, au lieu d'un épanchement ascitique, on se trouve en face d'un abcès tuberculeux enkysté du péritoine, on incisera au point où le pus paraît tendre à se faire jour, de façon à ne pas risquer d'infecter

(1) Voyez Vinay. — *Manuel d'asepsie*, Paris, 1890.

(2) M. le professeur Poncet se sert actuellement, pour conserver les pièces de pansement, de petits appareils imaginés par M. Fourny, pharmacien en chef de la pharmacie centrale des hospices. Ce sont des boîtes métalliques cylindriques, dont la paroi supérieure est fermée par un couvercle se vissant sur le reste de la boite ; le centre de ce couvercle est muni d'un orifice circulaire, sur lequel s'adapte un petit obturateur métallique à vis. Après avoir rempli une de ces boîtes de substance à pansement, on applique le couvercle ; l'orifice étant ouvert, on place le le tout dans l'étuve, on chauffe à la température convenable ; on sort la boîte de l'étuve, et on referme immédiatement l'orifice, qui a été préalablement garni de coton. — De la sorte, pour une laparotomie, par exemple, les tampons stérilisés peuvent être pris par le chirurgien, en quelque sorte dans l'étuve même, pour les porter directement dans la cavité péritonéale. *Aucun intermédiaire n'est plus nécessaire.*

les portions du péritoine indemnes ; si l'on ne tombe pas sur le foyer, on écartera doucement les anses intestinales, qui quelquefois le masquent (2° observ. de Démosthène), on évacuera le pus, on lavera avec une solution légèrement antiseptique, comme l'eau boriquée bouillie, ou bien, si on emploie la solution du sublimé à 1/5000, on fera suivre ce lavage d'une autre à l'eau stérilisée (1). Puis on tamponnera la cavité, de préférence avec le tampon de Mikulicz, gaze iodoformée dans une enveloppe de gaze aseptique ; ce mode de tamponnement a, sur les autres, l'avantage de provoquer autour de lui des adhérences qui rétrécissent graduellement la cavité suppurante, et d'autre part, de ne pas être emprisonné dans les bourgeons charnus de nouvelle formation, comme les mèches de gaze iodoformée. Ce tamponnement nous paraît aussi bien préférable au drainage ; les drains ordinaires sont bientôt aplatis par les bords de la plaie ; quant au tamponnement de Sænger (2) qui, aux avantages de la capillarité de la gaze iodoformée, joint ceux de l'incompressibilité des drains (gaze iodoformée dans tube de verre), nous croyons qu'il ne satisfait pas, au même degré que le tampon de Mikulicz, à l'indication de mettre constamment

(1) Si les expériences de Delbet se confirment, il faudrait, au contraire, faire *précéder* le lavage antiseptique par un lavage à l'eau stérilisée chaude ; ce premier lavage aurait pour effet de rendre le péritoine non absorbant à l'égard du second. La solution chlorurée sodique à 7 p. 1000, est particulièrement recommandée pour le premier lavage (*Acad. méd.*, juin 1889).

(2) V. sur la méthode de Sænger : Ueber drainage der Bauchhœhle bei Laparotomien. Archiv. f. Gyn. Bd XXXVI. s. 460, 1889.

une substance irritante au contact de la paroi interne d'une plaie cavitaire, de façon à la faire granuler et à obtenir sa cicatrisation graduelle, de la profondeur à la surface.

Dans le cas où la communication existerait avec la grande cavité péritonéale, elle s'oblitérerait bientôt par la formation rapide de pseudo-membranes autour du tampon. Pour éviter l'intoxication, il faut employer de la gaze très peu chargée en iodoforme, ou de la gaze simplement stérilisée.

Si l'on a fait la suture de la paroi, au bout de dix jours on enlève les fils, au bout d'un mois la malade peut se lever, et doit, si possible, aller à la campagne, où un traitement tonique et reconstituant sera en même temps institué. Le traitement médical est alors d'une importance capitale.

Si, au contraire, on a eu affaire à un abcès, et qu'on ait cherché la réunion par seconde intention, la marche est plus longue.

Dans ces deux cas, des accidents opératoires peuvent, d'ailleurs, survenir : rupture de l'intestin soit dans les formes ascitiques ou sèches, soit dans les formes suppurées; rupture d'un foyer purulent enkysté dans la grande cavité péritonéale, dans le second cas.

A la rupture de l'intestin il faudra opposer la suture immédiate, s'il y a moyen ; mais si les parois sont faibles, ne tiennent pas les fils, force sera de fixer les lèvres de la plaie intestinale à celles de la plaie cutanée, et de condamner ainsi la malade à un anus contre nature ; si, après avoir suturé, on n'est

pas très sûr de la solidité de ses sutures, mieux vaudra fixer l'anse intestinale près de la plaie cutanée que de l'abandonner dans la cavité péritonéale. Dans tous les cas, un lavage prolongé, légèrement antiseptique, sera indiqué avant de refermer l'incision. C'est aussi au lavage qu'il faudra recourir pour désinfecter le péritoine, au cas où des liquides septiques y auraient pénétré au cours d'une opération faite pour donner issue à un pus préalablement enkysté.

Tel est le manuel opératoire de l'intervention chirurgicale, et sous ce titre nous ne comprenons que la laparotomie. Cependant, dans ces derniers temps, on a mis en parallèle avec cette opération un mode opératoire que l'on a trop vanté, sur la foi *d'une seule* observation ; nous voulons parler de la ponction suivie de lavage antiseptique, de M. Debove (1). M. Debove, partant de ce fait que le lavage a donné de bons résultats après la laparotomie, que c'est à lui qu'on a dû la guérison, s'est demandé si on ne pouvait pas pratiquer la laparotomie sans lavage, Voici son observation publiée deux mois après l'intervention :

« Une jeune femme, âgée de 28 ans, est entrée dans mon service le 9 juillet. Depuis un mois elle souffrait du ventre. Lorsque nous l'examinons, nous constatons qu'il existe une ascite assez considérable, que l'état général est mauvais, qu'il

(1) Debove. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 10 octobre 1890.

y a une émaciation prononcée, une température de 40°. Nous diagnostiquons une péritonite tuberculeuse.

« Le 12 juillet, nous ponctionnons l'abdomen et retirons plus de 6 litres d'un liquide transparent et citrin ; puis nous faisons un lavage avec 2 litres d'eau saturée d'acide borique. L'eau, aussi bien que tous les appareils avant cette opération avaient été stérilisés à l'autoclave. Le soir, la température s'élevait à 40° 4. Les jours suivants, la température baissait, l'état général s'améliorait, Le ventre, peu à peu, reprenait son volume normal. Au bout de huit jours, la situation de la malade s'est très améliorée ; les forces de la malade, l'embonpoint croissant (augmentation de 12 livres en deux mois), peuvent faire croire que la malade est guérie.

Le diagnostic avait été contrôlé par des inoculations à des cobayes, tous ont succombé avec des lésions tuberculeuses. M. Debove se sert d'un ballon à deux tubulures, l'une communique avec une poire en caoutchouc qui sert à exercer une certaine pression sur le liquide ; l'autre avec un tube de caoutchouc qui aboutit au trocart. Cette observation unique ne nous paraît pas suffisante pour entraîner la conviction.

Et d'abord, l'idée n'est pas neuve ; Ceccherelli au Congrès de Bologne, dans les réflexions qui suivent ses observations, dit textuellement que, dans les formes ascitiques, on pourrait au lieu de la laparotomie, faire une ponction suivie de lavage.

Nous avons vu que, dans des cas EXCEPTIONNELS, l'amélioration a pu suivre la ponction ; peut-être le cas de M. Debove est-il une de ces exceptions ; le lavage peut être n'a-t-il pas eu d'autre effet que de ne pas empêcher de guérir une péritonite qui aurait

guéri sans lui. En tous cas, pour affirmer son action curative, il faudrait une statistique analogue à celle que nous produisons pour la laparotomie.

Voici à ce sujet, l'avis formel de M. le professeur Poncet (communication orale) :

« La ponction, à l'heure actuelle, ne peut être considérée comme une opération, tout juste comme un moyen d'exploration. C'est un moyen thérapeutique aveugle, par lequel on ne peut se rendre compte la plupart du temps de la nature de la lésion, de ses caractères, de son étendue, ni d'autre part du mode d'action que l'on utilise. La ponction dite exploratrice ne trouve même pas grâce devant nous. C'est en effet un moyen relativement aveugle, et qui ne saurait plus être mis en parallèle avec l'incision, de telle ou telle dimension, puisque cette dernière offre toute espèce d'avantages et ne présente pas plus de dangers que la ponction ; l'une et l'autre opération ne trouvent leur innocuité que dans une asepsie parfaite. Du reste, cette chirurgie aveugle a fait son temps, elle avait sa raison d'être à une époque où le chirurgien ouvrait la porte dans ses interventions à toute espèce de complications ; il lui semblait alors, non sans quelque apparence de raison, que plus la porte était petite, moins nombreuses étaient les chances d'infection. »

Une opinion analogue, à propos de la communication de M. Debove, a déjà été exprimée par M. Routier (1), pour qui « la ponction suivie de lavage est

(1) Routier. *Médecine moderne*, 3 avril 1890.

un moyen aveugle ; le chirurgien ne sait pas bien ce qu'il fait; tout au plus pourrait-on l'employer dans le cas où l'on a à traiter une petite poche bien limitée, et encore est-ce un procédé bien infidèle. »

En tout cas, et jusqu'à plus ample informé, la laparotomie mérite plus de confiance que la ponction évacuatrice suivie de lavages.

Un moyen qui peut-être réussirait, mais n'a pas encore été employé, ce serait un moyen bactéricide contre le bacille de Koch; puisque ce bacille paraît être atténué dans certaines formes de péritonites tuberculeuses, comme dans des tuberculoses locales, (lupus, synovites articulaires), peut-être les procédés qui agissent sur ces affections réussiraient-ils?

Nous faisons allusion ici à la communication de Koch que nous venons de lire dans la *Semaine Médicale* (1). Des injections sous-cutanées du liquide de Koch réussiraient-elles à enrayer le processus tuberculeux, à le détruire? C'est un point d'interrogation que nous posons; il est probable que des expériences ne tarderont pas à être entreprise, sur ce sujet, par les personnes compétentes, et que cette manifestation de la tuberculose attirera à elle l'attention des expérimentateurs, ainsi que la plupart des autres. Quoi qu'il en soit, nous croyons que la chirurgie conservera toujours ses droits, ne serait-ce que pour évacuer les liquides septiques, modifier les surfaces, éliminer les tissus mortifiés ; alors ensuite,

(1) *Sem. Méd.* 16 nov. 1890, extrait de la *Berliner Medicinische Wochenschrift*, numéro exceptionnel.

les injections curatives seraient-elles plus efficaces? Il en est ici de même que dans les tuberculoses articulaires, où, ainsi que Koch le reconnaît lui-même, les opérations (résections, évidements, etc.) seront toujours indiquées.

D'un autre côté, on peut se demander si, en présence d'une tuberculose diffuse, comme celle du péritoine, et de l'intensité des accidents réactionnels après la vaccination, intensité paraissant proportionnelle à l'étendue de la lésion tuberculeuse, il n'y aurait peut-être pas, dans les formes un peu anciennes, une contre-indication à l'emploi de la méthode de Koch. Mais ce sont là des hypothèses qui nous entraîneraient loin de notre sujet et de la question qu''il nous reste à examiner, celle du mode d'action de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.

CHAPITRE V

MODE D'ACTION DE LA LAPAROTOMIE DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Nous venons de résumer en quelques lignes, le mode opératoire employé par M. le professeur Poncet, c'est aussi celui de la plupart des chirurgiens qui se sont occupés de la question. Mais un problème se pose actuellement devant nous : la laparotomie a été faite, la guérison est obtenue. Quel est donc le mécanisme de cette action chirurgicale, au premier abord un peu mystérieuse dans ses effets ?

Nous n'avons nulle intention de nous appesantir sur les hypothèses, dont aucune ne satisfait pleinement l'esprit. Mais les théories passent, les faits restent. Ceux que nous avons cités sont incontesta-

bles. Un point important est déjà de les avoir constatés.

C'est évidemment de l'empirisme, mais de l'empirisme bien entendu, que celui qui consiste à accepter comme vrais les faits scientifiquement démontrés, alors même que tout d'abord, leur explication paraisse difficile. Dans tous les ordres de sciences naturelles, l'observation objective des phénomènes précède toujours la conception des lois qui les régissent.

Cependant, ne fût-ce que pour être complet, nous rappellerons brièvement les diverses opinions qui se sont successivement fait jour.

Pour Cabot (1), la tuberculose des séreuses n'étant que superficielle, guérit par les lavages antiseptiques comme une plaie sous l'influence d'un pansement.

Pour Cameron, cité par Maurange, la laparotomie agit en enlevant les ptomaïnes sécrétées par le bacille de Koch dans le liquide ascitique.

Pour Van de Warker (2), la laparotomie agit en favorisant la régression fibreuse qui se fait ici comme dans les guerisons spontanées.

Pour Maurange « l'intervention chirurgicale ne guérit pas la péritonite tuberculeuse, elle en favorise simplement la régression. Elle met le sujet dans de

(1) Cabot. Cases of laparatomy for tubercular peritonitis. *Boston med. and surg. Jour.* CXIX. 121-123, (Cité par Maurange).

(2) Van de Warker. — Laparotomy os a cure for tuberculosis of the peritoneum. *Amer. Journal of Obstetric.* New-York, 1887, XX, 932-941.

très bonnes conditions pour guérir, non seulement en combattant le processus inflammatoire, comme le veut Van de Warker, mais encore en débarrassant la cavité péritonéale de cette ascite, véritable bouillon de culture où pullulent les micro-organismes, en la détergeant, et en assurant l'antisepsie, comme le veulent Cabot et Cameron. »

Dans la *Revue critique* de Brühl, nous trouvons relatées une série d'explications pathogéniques.

Pour Weinstein (1), l'évacuation du liquide diminue la pression que ce liquide exerçait et, d'autre part, détermine une inflammation plus vive, qui oblitère les vaisseaux et empêche la reproduction de l'exsudat.

Vierordt (2) admet que la laparotomie agit surtout en combattant l'ascite, qui est l'indication dominante : en supprimant l'ascite, on supprime la gêne circulatoire et respiratoire, on fait cesser l'influence paralysante d'une séreuse enflammée sur les muscles sous-jacents (diaphragme et intestins) ainsi que l'auto-intoxication par rétention du contenu intestinal.

Pour Kœnig, la tuberculose péritonéale guérit par transformation fibreuse, parce que le foyer tuberculeux initial, qui serait celui de l'intestin, est déjà en voie de guérison au moment de l'intervention.

Brühl considère la tuberculose péritonéale comme une tuberculose locale, comparable aux synovites

(1) Wenstein. *Med. Blætter*, 1887, p. 528.
(2) *Deutsches*, *Archiv. für klin. Med.*, 1890.

tuberculeuses ; la coïncidence d'une tuberculose pleurale n'est pas la règle, comme l'a cru Godelier, puisque Kœnig n'a trouvé de lésion pleurale que 60 fois sur 107 autopsies. La guérison spontanée, d'autre part, est possible ; il est donc probable que le milieu péritonéal ne convient pas au bacille de Koch.

D'un autre côté, dans le péritoine, les fragiles édifications tuberculeuses seraient très superficiellement placées, ce qui permet aux moyens mécaniques de les détruire. Le processus irritatif, engendré par le tubercule lui-même, peut obturer les lymphatiques de la séreuse et diminuer ou retarder les chances d'une infection générale.

On ne peut nier que dans beaucoup de cas, les granulations paraissent superficiellement placées et peuvent être influencées par le lavage et par les moyens mécaniques (1). Nous croyons, toutefois, que cette action mécanique serait insuffisante si la tuberculose péritonéale attaquée était très virulente. Parmi les péritonites tuberculeuses, il en est qui sont des maladies générales, d'autres qui ont des allures de maladies locales. Celles-ci seulement peuvent guérir.

En effet, comparons les résultats de la non intervention et de l'intervention : dans les deux cas, les formes qui guérissent sont les tuberculoses asciti-

(1) « En tenant compte des cas de guérison absolue, controlée à l'autopsie, il faut bien reconnaître que parfois le tubercule est une néoplasie délicate, peu résistante, au moins à une certaine période de son évolution. Si le fait d'avoir *lavé* des tubercules, suffit à les faire disparaître, quelle belle perspective pour l'avenir de la thérapeutique des tuberculoses. » (Bruhl).

ques, la forme fibreuse pure guérit souvent par les moyens médicaux, rarement par l'intervention, la forme ulcéreuse sèche guérit exceptionnellement par l'expectation, jamais par l'intervention, la forme ulcéreuse suppurée qui ne guérit presque jamais par l'expectation, guérit quelquefois par l'intervention. Donc, sauf le cas d'un abcès tuberculeux suppuré, cas où l'indication de la collection purulente l'emporte sur celle de la maladie locale, les tuberculoses qui guérissent chirurgicalement, sont celles qui guérissent médicalement ; l'intervention a seulement pour résultat, et pour résultat éminemment appréciable, de les faire guérir plus souvent, en évitant les complications, et plus rapidement en accélérant le processus curateur.

Quel est donc ce processus?

La réponse qui eût été hypothétique autrefois, peut actuellement, grâce à l'intervention chirurgicale, être facilement obtenue.

Hirschberg (1), au cours d'une laparotomie exploratrice, constate sur le péritoine pariétal et viscéral des granulations tuberculeuses très confluentes, de la grosseur d'une lentille à celle d'un pois.

Huit mois après, la malade mourait de phtisie pulmonaire ; à l'autopsie, le péritoine était net (glatt) et on ne trouvait plus trace des nombreuses granulations que l'on avait autrefois constatées.

Ahlfeld (2), rapporte un cas où, dans le cours

(1) HIRSCHBERG. Obs. XXI, in Th. de Maurange.
(2) AHLFELD. Obs. XXI, ibidem.

d'une opération de Freund, on trouva tout le péritoine couvert de granulations, qui sur le moment furent regardées comme cancéreuses. A l'autopsie, qui eut lieu un an et demi après, le péritoine était complètement uni, et il ne restait pas trace de granulations.

Tel est le résultat ultime, mais Ceccherelli a pu prendre sur le vif le processus intermédiaire. Dans une des observations qu'il a communiquées au congrès de Bologne (obs. II), à la suite d'une première opération, le liquide s'étant reproduit, il dut intervenir à nouveau. La première fois on avait trouvé le péritoine couvert de tubercules ; la seconde fois on trouva de nombreuses adhérences de nouvelle formation.

Ceccherelli en conclut que par la laparotomie, on provoque une péritonite adhésive et la transformation fibreuse des tubercules. C'est, en effet, une conclusion qui s'impose.

Mais comment une simple laparotomie peut-elle provoquer une pareille évolution? Elle le peut, parce que c'est là la tendance naturelle des péritonites ascitiques ; il est logique, en effet, de penser que dans les cas qui guérissent spontanément, la guérison survient par le même mécanisme que dans les cas où l'on est intervenu, c'est-à-dire par la transformation fibreuse des tubercules nodulaires, par la transformation de la granulation grise en granulation fibreuse, granulation de guérison de Bayle (1). C'est

(1) V. Sur la structure de la granulation de Bayle. Bard, *phtisie fibreuse chronique*. Th. de Lyon 1879.

là, disons-nous, une évolution naturelle de ces formes que, de par la statistique, nous avons déclarées être spontanément curables dans quelques cas ; il est donc naturel de penser que ces tuberculoses ont quelque chose qui les distingue des autres manifestations bacillaires. Aussi, immédiatement, vient-il à la pensée de rappeler la comparaison heureuse de Kümmel et Kœnig avec les tuberculoses locales. Mais, sont-elles locales, ces tuberculoses, de par le terrain ou de par l'agent virulent ?

Les auteurs qui nous ont précédé et Brühl en particulier, paraissent attacher plus d'importance au terrain.

Si le terrain était « réfractaire » (c'est l'expression de Brühl), comment admettre qu'à côté des tuberculoses péritonéales ascitiques qui guérissent il y ait des formes à tendance ulcéreuse, des formes miliaires aiguës qui ont une marche fatale ?

Donc, en nous appuyant sur la clinique et sur l'anatomie pathologique, nous pensons que si certaines formes de tuberculose péritonéale sont et surtout restent locales, cela tient au virus tuberculeux plutôt qu'au péritoine lui-même. C'est la conclusion logique des distinctions que nous avons faites dès le début de cette étude, dans la marche des différentes formes de péritonite tuberculeuse.

A ces déductions purement anatomiques et cliniques, la bactériologie vient, nous semble-t-il, de donner un important appui. Depuis quelques années c'était une opinion admise, mais non démontrée, par plusieurs bactériologistes ou chirurgiens que les

tuberculoses chirurgicales, autrement dit les tuberculoses locales, et en particulier les tuberculoses articulaires et osseuses, étaient des tuberculoses atténuées ; les idées d'Arloing sur les rapports de la scrofule et de la tuberculose ont trouvé récemment sur ce point une confirmation dans les expériences de très haute valeur présentées à la Société des sciences médicales de Lyon, dans sa séance du 5 novembre 1890, par MM. Dor et Courmont (1); nos deux distingués collègues ont obtenu par l'injection intra-veineuse de culture de bacille de Koch atténuée des tuberculoses articulaires, de véritables tumeurs blanches, et cela sans aucun traumatisme préalable, au contraire de ce qu'avait fait Max Schüller.

Il nous paraît donc très probable, et en raisonnant par analogie, que les tuberculoses péritonéales qui guérissent par l'expectation ou par l'intervention, sont des tuberculoses dont la virulence est atténuée et sera, par conséquent, peu résistante à un processus réactionnel provoqué dans les tissus voisins par une intervention, quel que soit d'ailleurs le mécanisme intime de ce processus réactionnel: phagocytes entrant en lutte avec les bacilles et sclérose consécutive des édifications nodulaires ; ou prolifération immédiate du tissu conjonctif, étouffant en quelque sorte bacilles et édifications tuberculeuses. Quant à la disparition ultérieure de ces adhérences de guérison, il est probable qu'elle se fait par l'inter-

(1) V. aussi : Comptes rendus *Académie des sciences* et *Société de Biologie*, novembre 1890.

médiaire des leucocytes, par un procédé analogue à celui qui préside à la fenêtration du grand épiploon.

L'incision joue, croyons-nous, un certain rôle dans la formation des adhérences; les exsudats aseptiques qui se forment au niveau de la plaie sont peut-être comme un point d'appel, analogue à un centre de cristallisation, pour les exsudats pseudo-membraneux d'abord, qui par leur communication avec le système vasculaire et la formation dans leur intérieur de vaisseaux embryonnaires s'organisent et sont transformés ultérieurement en néomembranes. La formation de bourgeons charnus et de néomembranes très vasculaires probablement au début fait qu'il existe à un moment donné un réseau artériel et veineux, à circulation très active, baignant pour ainsi dire dans la séreuse péritonéale. Est-ce à ce réseau qu'il faudrait attribuer un rôle dans la résorption de l'exsudat? Ce sont là des hypothèses que nous donnons pour ce qu'elles valent. Le fait est que, après l'incision de la paroi abdominale, en général le liquide ne se reproduit pas, puis il se forme des adhérences, qui plus tard disparaissent à leur tour. Ces faits sont actuellement démontrés.

Quant à l'hypothèse qui assimilerait l'ascite à un bouillon de culture, elle ne repose pas sur des preuves expérimentales très concluantes (1); on a pu lire à propos des observations XLII et XLIII, une note de M. Courmont disant que, dans deux cas, le liquide

(1) Chauffard et Gombault (*Bull. Soc. méd. hôp.*, 84, p. 309) n'ont jamais trouvé de bacilles; sur 23 inoculations, 4 sans résultat, 9 négatives, 10 positives.

ascitique ne s'était pas montré virulent, alors que le péritoine l'était. Il semblerait donc que, au moins dans certains cas, l'épanchement ascitique ne fût qu'une réaction banale de la séreuse péritonéale, réaction prouvant elle-même la tendance du péritoine à résister à l'invasion bacillaire.

C'est encore là une raison pour que la ponction suivie de lavage ne puisse être assimilée comme moyen curatif à la laparotomie. Au reste, le lavage, comme tous les moyens propres à irriter la séreuse, concourt avec l'incision à favoriser la formation des adhérences. Nous ne croyons donc pas le lavage inutile. Pour M. le professeur Poncet, « ce mode d'action n'est pas à négliger ; si nous tenons compte des modifications anatomiques qui surviennent après les divers modes d'action chirurgicale employés, modifications anatomiques essentiellement caractérisées par une inflammation qu'on pourrait appeler inflammation de bonne nature, tendant à déloger l'inflammation bacillaire, tuberculeuse, il nous paraît rationnel d'admettre qu'une irritation aseptique de la séreuse malade doive plus volontiers donner naissance aux accidents inflammatoires nécessaires pour la guérison. Nous pensons donc que les lavages à l'eau stérilisée, que les poudres aseptiques et antiseptiques, comme l'iodoforme, en quantité non toxique, peuvent jouer le rôle de substances irritantes, favorisant l'inflammation plastique. » (Communication orale).

On pourrait comprendre dès lors le mécanisme de l'intervention dans les formes non suppurées, et, en particulier, dans la forme ascitique :

1° Elle pare aux dangers immédiats de l'ascite : gêne respiratoire (dyspnée, congestion pulmonaire, hydrothorax par propagation), et circulatoire (compression des veines caves, œdème des membres inférieurs, quelquefois phlegmatia alba dolens, — compression des veines rénales et albuminurie congestive, thromboses veineuses, peut-être cardiaques, danger de syncope) ; compression du tube digestif (anorexie, constipation, phénomènes d'auto-intoxication) ; pour quelques auteurs, elle éliminerait un bouillon de culture;

2° Elle empêche, en général, l'ascite de se reproduire ; déjà, par les moyens précédents, elle a donné à l'organisme la force de lutter contre l'infection ; mais, en outre, elle stimule directement le processus fibroformatif curateur.

Mais à côté de ces formes qui guérissent quelquefois par l'expectation, qui guérissent presque toujours par l'intervention, il y en a qui ne guérissent pas. Pour celles-là, ce serait évidemment un abus de langage que de les confondre sous la même dénomination de tuberculoses locales. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation n° XXXVIII, où l'opération a été suivie de généralisation à courte échéance.

Dans ces cas, il faut bien admettre que l'organisme était infecté ; nous avons vu à ce propos, au chapitre des indications et des contre-indications, quels étaient les signes qui pouvaient faire craindre une infection générale de l'économie même dans une tuberculose ascitique ou enkystée. Quant à la

forme ulcéreuse, nous croyons, d'après nos observations, qu'elle est presque toujours secondaire, ou qu'en tous cas elle coïncide toujours avec une altération assez avancée des autres organes, en particulier des intestins, pour qu'une intervention même si elle était radicale, ce qui est impossible, n'ait aucune chance de succès. Nous n'en voulons pour preuve que les observations XXIX, XXX, XXXI, XXXIV.

Pour la forme ulcéreuse suppurée, l'intervention n'a pas d'autre but, et aussi pas d'autre résultat, dans les quelques cas heureux que nous avons pu rencontrer, que de supprimer un foyer d'infection secondaire, et de permettre à l'organisme de lutter contre l'infection générale dont il est atteint.

Pour la forme miliaire aiguë, le fait qu'elle est une manifestation locale d'une infection générale n'a jamais été contesté, nous ne nous attarderons donc pas à le discuter, et passerons immédiatement, ayant terminé l'étude des péritonites tuberculeuses généralisées, à celle des péritonites localisées.

DEUXIÈME PARTIE

Péritonites Tuberculeuses localisées

CHAPITRE UNIQUE

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES PÉRITONITES TUBERCULEUSES LOCALISÉES

ET EN PARTICULIER

DANS LES PELVI-PÉRITONITES TUBERCULEUSES

Nous avons déjà vu, au cours de cette étude, que dans beaucoup de cas de péritonite tuberculeuse, la réaction du péritoine à l'égard des bacilles qui l'envahissaient produisait autour de ces bacilles une véritable barrière de fausses membranes, sorte de poche kystique isolant la grande cavité péritonéale, de la région envahie par la tuberculose ; ces cloisonnements se montrent, soit dans la forme ascitique,

c'est la forme enkystée, soit dans la forme ulcéreuse.

Ces enkystements peuvent se produire en un point quelconque de la cavité péritonéale, et alors ce ne sont que des particularités de la tuberculose péritonéale ordinaire ; mais lorsqu'ils se produisent plus spécialement dans une région, que le reste de l'abdomen est évidemment sain, on désigne ces péritonites sous le nom de péritonites localisées, et ces localisations nettes s'observent ordinairement autour d'un viscère dont l'inflammation simple ou tuberculeuse a, en général, été l'épine qui a provoqué la réaction péritonéale. Les deux principales localisations sont les péritonites périhépatiques, et les péritonites périspléniques, les premières de beaucoup les plus fréquentes. Si leur étiologie et leur symptomatologie sont assez différentes de celles de la péritonite tuberculeuse généralisée, en revanche leur traitement doit être dirigé par les mêmes principes, suivant que la péritonite est adhésive ou exsudative, suivant que, dans ce dernier cas, l'épanchement enkysté est séreux ou suppuré ; nous n'insisterons donc pas davantage sur cette question, d'autant plus que nous ne pourrions que répéter des généralités déjà dites, n'ayant à notre disposition aucun exemple d'intervention dans des cas analogues.

Quant à la pérityphlite tuberculeuse, dont on a cité quelques exemples, elle est liée à des ulcérations tuberculeuses du cœcum ; c'est pour nous une contre-indication à l'intervention, sauf le cas de collection purulente, où on a alors l'indication de l'abcès.

Mais si les péritonites tuberculeuses localisées ont peu d'importance chez l'homme, il en est bien autrement chez la femme, où le péritoine du petit bassin est le siège de manifestations pathologiques qui l'individualisent, correspondant aux phénomènes physiologiques dont il est le siège. Sa structure anatomique, ses rapports, ses aptitudes réactionnelles, tout concourt à rendre le péritoine pelvien solidaire des affections pathologiques si fréquentes dont les organes génitaux internes féminins sont le siège.

Et parmi ces affections, il n'en est pas une qui, plus que la tuberculose, tende à se généraliser au péritoine. C'est dire immédiatement que si chez la petite fille comme chez le petit garçon, la péritonite tuberculeuse est le plus souvent d'origine intestinale, elle est au contraire plus souvent d'origine génitale chez la jeune fille pubère et chez la femme. C'est cette question des relations intimes de la tuberculose du péritoine avec l'infection tuberculeuse génitale chez la femme, qui fait que les pelvi-péritonites tuberculeuses rentrent directement dans notre sujet.

C'est dans la thèse de Brouardel (1) que l'on trouve la première étude complète de la tuberculose des organes génitaux de la femme.

Avant la découverte du bacille, on était dominé par l'idée de diathèse, et l'on ne pouvait songer à une infection locale de la tuberculose, la nature

(1) Brouardel. *De la tuberculose des organes génitaux de la femme*, Th. Paris, 1865.

infectieuse de cette affection étant inconnue. Mais bientôt les découvertes de Villemin, de Chauveau, et enfin la découverte de Koch changèrent les idées sur la nature de la tuberculose.

La thèse de Verchère (1) est le premier ouvrage où soient étudiés en détail les divers modes d'infection de l'organisme par la tuberculose. Après avoir étudié l'inoculation par ingestion, d'après les mémorables expériences de Chauveau, l'auteur étudie celle qui se produit par les voies génitales. C'est au moment, dit-il, de la période d'activité sexuelle que se produit la tuberculose génitale. Le microbe anaérobie peut se développer à de grandes profondeurs : du vagin et du col utérin, il peut se propager vers les trompes, le péritoine; la pelvipéritonite tuberculeuse en est le résultat.

Aran (2), dès 1858, avait d'ailleurs déjà soutenu la même idée, sans connaître la vraie nature de la tuberculose : « Tantôt les tubercules dépendent d'une tuberculisation généralisée qui affecte principalement les séreuses, tantôt ils paraissent procéder d'une tuberculisation ayant son siège primitif dans les organes génito-urinaires, surtout les vésicules séminales dans un sexe, et les trompes de Fallope chez l'autre. »

Pour Hanot, la tuberculose des organes génitaux externes serait rare, mais il n'en est pas de même des organes profonds. Seulement, suivant cet auteur,

(1) F. Varchère. Portes d'entrée de la tuberculose, Th. Paris. 1884.
(2) Aran. *Union médicale*, 1858, nos 93 et 94.

l'infection tuberculeuse des organes génitaux serait secondaire. La tuberculose péritonéale la précèderait. Dans la très grande majorité des cas, le virus qui pénètre dans la trompe viendrait du péritoine, lequel dans la tuberculose génitale de la femme n'est presque jamais indemne.

En 1887, Derville (1) prend cette question comme sujet de sa dissertation inaugurale ; après avoir rappelé l'opinion de Verneuil et de son élève Verchère, il cite l'opinion de Fernet (2), de Firme (de Christiania), de Hegar (3), de Spæth (4), qui admettent l'infection tuberculeuse par la voie génitale, celle de Reclus, en France, qui la nie, de Debove, qui trouve que c'est là une pure hypothèse, de Hallopeau qui n'y fait aucune objection ; cet auteur étudie la question d'une façon très scientifique, en examinant tout d'abord les sécrétions vaginales au point de vue bacillaire ; il cite des observations où on a trouvé des bacilles de Koch. Donc, l'infection tuberculeuse est possible par cette voie.

Les rapports sexuels avec un bacillaire sont une source de contagion.

Chez la femme, la tuberculose génitale reste moins souvent localisée que chez l'homme, et peut

(1) Derville. — Infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme, th. Paris 1887.

(2) Fernet. — *Bul. Soc. méd. hôp.* 1884. *Gaz. hebd.* 1885.

(3) Hegar. — Tuberculose génitale chez la femme. — Stuttgart, 1886.

(4) Spæth. — Diss. inaug. Strasbourg, 1885. Ueber di Tuberculose der Weiblichen Genitalien.

être, par exemple, le premier degré d'une extension ultérieure au péritoine.

Tel, par exemple, le cas d'Hegar, concernant une femme de 33 ans, sans tare héréditaire. Infection probable pendant les suites de couches (par un médecin). Maladie aiguë sans localisation spéciale. Plus tard, manifestations dans l'appareil respiratoire et le bas-ventre. Laparotomie en janvier 1886. Evacuation de 5 à 6 litres d'un liquide d'une couleur légèrement hématique. Le péritoine pariétal et visséral est couvert de nombreuses granulations. Tous les points malades sont saupoudrés d'iodoforme ; suites opératoires simples. La malade quitte la clinique avec un état général très amélioré. En juin, on peut constater la généralisation pulmonaire sans que l'ascite se soit reproduite. (Trad. Th. Maurange, Obs. IX.)

Derville cite, en outre, 8 observations nouvelles ; dans chacune et en particulier dans les n°s IV, V, VI, VII et VIII, un homme, dont les organes génitaux sont le siège d'une dégénérescence tuberculeuse a des rapports avec une femme saine jusque-là, sans antécédents. Cette femme prend la tuberculose et l'accident, unique ou primordial chez elle, occupe la région génitale. Il faut donc admettre la contagion, prouvée d'ailleurs par l'observation et l'expérimentation sur les animaux (injection de sperme de tuberculeux dans la cavité péritonéale).

En 1889, paraît sur la tuberculose génitale de la femme, le plus important ouvrage que nous connaissions sur la question, la thèse de Daurios (1), qui

(1) Daurios. Tuberculose de l'appareil génital chez la femme. Th. Paris, 1889.

admet comme un fait acquis l'infection tuberculeuse par la voie génitale, et considère comme très fréquente la réaction sur le péritoine des lésions tuberculeuses des organes génitaux internes.

Ici, contrairement à ce qui avait lieu pour la péritonite ascitique généralisée, la lésion péritonéale n'est donc que secondaire; la thérapeutique chirurgicale, pour traiter la pelvipéritonite tuberculeuse, devra, par conséquent, viser en premier lieu le foyer primitif de l'infection, en second lieu et accessoirement la pelvipéritonite qui est sous sa dépendance. Mais quel est le foyer primitif de l'infection, en d'autres termes, quelles sont les portions des organes génitaux internes le plus fréquemment envahies par la tuberculose?

Ce sont la trompe de Fallope, et l'ovaire; en un mot, les annexes de l'utérus. Brouardel avait déjà noté ce fait. Talamon (1), il est vrai, sur onze observations, note la tuberculose des ovaires cinq fois, celle des trompes cinq fois, et celle de l'utérus neuf fois, et en conclut que la tuberculose utérine est la plus fréquente. Daurios a relevé 72 observations de tuberculose génitale, publiées depuis la thèse de Vermeil (2); sur ce nombre, 64 fois les trompes étaient atteintes, 19 fois en même temps que l'utérus, 55 fois isolément ou en même temps que l'ovaire atteint de la même altération. Toujours ces lésions des

(1) Talamon. Sur un cas de pelvipéritonite tuberculeuse avec tubercules des ovaires et métrite suppurée, enkystée, chez une petite fille de 6 ans. *Ann. gynécologie*. T. IX, 1878, p. 416.

(2) Vermeil. Paris, 1830.

annexes étaient accompagnées d'un certain degré de pelvipéritonite.

Il s'est passé pour la tuberculose péri-utérine, ce qui a eu lieu pour les inflammations chroniques de la même région. C'est là, dit Monprofit (1), un des chapitres de la pathologie les plus bouleversés. Les tuméfactions inflammatoires constatées autour de l'utérus sont d'abord rapportées à cet organe lui-même, ce sont des métrites ; puis on remarque que le siège de l'inflammation n'est pas dans l'utérus, mais aux environs, on croit que le processus inflammatoire siège dans le tissu péri-utérin, c'est l'époque du phlegmon péri-utérin, de Gallard, de Nonat ; puis Bernutz montre, par des études anatomo-pathologiques, que tous les faits décrits sous le nom de phlegmon péri-utérin doivent être envisagés comme des pelvi-péritonites. Pendant ce temps, la description de Siredey, élève d'Aran, sur la fréquence des altérations des annexes dans les maladies dites utérines, avait passé inaperçue, ainsi que la thèse de Brouardel. Il a fallu les récents progrès de la chirurgie abdominale, représentée par Lawson Tait, Hegar, Emmett, Terrillon, etc., pour montrer que la plupart de ces phlegmasies péri-utérines étaient dues à des altérations des trompes. Or, jusque-là, les manifestations génitales de la tuberculose étaient connues anatomiquement, les travaux de Brouardel en font foi, mais cliniquement, non (le travail d'Aran ayant passé inaperçu.) Ce n'est que lorsqu'on

(1) Monprofit, *salpingites et ovarites*, Th. Paris 1878.

eut fait plusieurs ablations d'annexes que l'on s'aperçut que non seulement la plupart des pelvi-péritonites chroniques étaient d'origine salpingienne, mais encore que parmi ces salpingites et ces pelvi-péritonites chroniques secondaires, il fallait distinguer deux formes, suivant qu'elles étaient de nature inflammatoire ou tuberculeuse.

Auparavant, la tuberculose génitale était une trouvaille d'autopsie ; dès lors elle devint une trouvaille de laparotomie ; mais de symptomatologie il n'y en avait pas ou très peu.

Daurios résume les travaux de Spæth, de Widow (1), qui a publié quatre salpingotomies faites par Hégar pour tuberculose des annexes, de Deschamps (2), de Hégar (3), qui dans sa monographie sur la tuberculose génitale chez la femme résume sept cas nouveaux, opérés ; de Martin (4) et Meinert (1886) (5), deux cas de salpingotomie pour tuberculose ; de Münster et Orthmann (6), de Kœtschau (7), en Allemagne ; de Wilson (8), de Whetstone (9), d'Homans (10), en Angleterre et en

(1) Widow. Centralblatt, f. Gyn. 1885, n° 5.
(2) Deschamps (Arch. Tocol. 85), tuberculose vaginale.
(3) *Loc. cit.*
(4) Martin. Berl. Kl. Wchschrft, 18 octobre 1886. Affections des trompes.
(5) Meinert. Extirpation des trompes. Berl. klin. Wochschft, 18 oct. 1886.
(6) Munster et Orthmann. Arch. f. Gynæk. XXIV, 1.
(7) Kœtschau. Arch. Gyn. 1888, n° 46, p 754.
(8) Wilson *Amer. Journ. of. obst.* mars 1887.
(9) Whetstone. Ibid. oct. 1886, p. 1034.
(10) Homans. Lancet, oct. 1888.

Amérique, de Jeannel (1), de Chandelux (2), de Routier et Horteloup, de Péan, de Routier.

Puis après une excellente étude anatomo-pathologique des lésions de l'utérus et de ses annexes, Daurios essaie de tracer un tableau symptomatique.

Pour lui, « les lésions tuberculeuses des annexes se révèlent par des troubles de la menstruation qui devient douloureuse, irrégulière ou se supprime complètement. Les douleurs hypogastriques, le ballonnement du ventre, la sensibilité à la palpation, en un mot tous les signes de la pelvipéritonite sont fréquents. Dans d'autres cas, l'affection a une marche chronique, la malade a vu une tumeur se développer peu à peu dans une fosse iliaque et arriver sans provoquer de grandes douleurs à un volume considérable. La palpation (difficile dans les cas de pelvipéritonite) révèle une tumeur siégeant sur les côtés de l'utérus, régulière ou bosselée, pouvant remonter assez haut vers l'ombilic, renitente, plus rarement fluctuante. Le toucher confirme les données du palper : tumeur douloureuse, plus ou moins régulière, remplissant un cul-de-sac latéral ou quelquefois le cul-de-sac postérieur, douloureuse à la pression, généralement bosselée, parfois transversalement allongée ; le col est dévié ; l'utérus est indépendant de la tumeur. Le palper bimanuel fait mieux

(1) Jeannel. Ass. pour l'av. des sciences. Toulouse, 1887.
(2) Chandelux. *Province médicale*. Lyon. 1889.

apprécier les caractères de cette tumeur. La leucorrhée qui existe quelquefois peut se produire d'une façon intermittente et être augmentée par la pression au niveau des trompes, mais le fait est rare. Enfin la recherche des antécédents, l'examen de l'état général et des divers viscères (des poumons en particulier) donneront dans certains cas l'éveil sur la possibilité de la nature tuberculeuse des lésions.

Toutefois, au chapitre du diagnostic différentiel, cet auteur ajoute :

« Le diagnostic de la salpingite est déjà bien difficile, presque impossible dans certains cas, mais les difficultés ne font que s'accroître quand il s'agit de diagnostiquer la nature tuberculeuse de la lésion. Les recherches les plus minutieuses dans les antécédents héréditaires ou personnels, la scrofule dans l'enfance, les affections péritonitiques antérieures, la prédisposition aux rhumes l'hiver, ou aux autres affections des voies respiratoires, les otorrhées chroniques, etc., donneront l'éveil. Un état général mauvais, en désaccord avec de minimes lésions, une leucorrhée abondante d'aspect granuleux, des douleurs hypogastriques sourdes, lentes, paroxystiques, spasmodiques (Hégar), l'examen histologique des mucosités suintant au museau de tanche (Hégar), sont de bons signes. Les alternatives de poussées pelviennes et pulmonaires sont un signe qui manque souvent (Secheyron). »

Le plus souvent, dit Lucas Championnière (Société

de chirurgie, décembre 1888), le diagnostic précis n'est pas possible, et ce qu'il faut diagnostiquer, c'est l'utilité d'une intervention chirurgicale, ou, au contraire, une contre-indication.

Pour Terrillon (1), les symptômes de la salpingite tuberculeuse ne diffèrent pas beaucoup de ceux de la salpingite ordinaire : ce sont des douleurs abdominales siégeant dans la région hypogastrique, de chaque côté de la ligne médiane, parfois sous forme de coliques, irradiées aux reins ou à la face interne des cuisses, exaspérées quelquefois par la station debout, les secousses de la voiture, calmées par le repos au lit. Par intervalle, poussées de pelvi-péritonite avec fièvre, ballonnement du ventre, vomissements. Par l'exploration bimanuelle, on sent dans le cul-de-sac de Douglas, soit plus haut, soit jusque derrière la symphyse, une tuméfaction précise, dure, arrondie, douloureuse, que l'on peut sentir entre les deux mains.

En somme, le caractère le plus important est donné par les poussées successives, plus fréquentes et plus prolongées que dans les autres formes ; c'est un signe sur lequel Brouardel avait déjà insisté. Terrillon en donne un exemple frappant, celui d'une jeune femme de 29 ans, mère de cinq enfants ; elle se portait très bien, lorsqu'à l'âge de 25 ans, se mani-

(1) TERRILLON. V. Cornil et Terrillon (Arch. physiologie, 1887) ; — Terrillon, *Clinique chirurgicale*, 1889 ; — Du même, Clinique de la Salpêtrière, in *Bulletin médical*, 10 juillet 1889 ; — Du même, Comptes rendus du congrès de chirurgie de Paris, 1889.

festèrent des phénomènes douloureux qui depuis ne cessèrent jamais complètement ; de 25 à 29 ans, elle eut dix-huit poussées de pelvi-péritonite. Ces poussées pelvi-péritonitiques sont un des caractères essentiels de la salpingite tuberculeuse, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'amaigrissement, d'altération progressive de l'état général, de fièvre vespérale, de transpiration nocturne. Quelquefois, dit encore Terrillon, on observera un écoulement louche, épais, d'un magma caséeux par le col (Cornil); les bacilles de Koch sont rares dans l'écoulement ; il faudrait enlever une parcelle de tissu utérin, pour chercher des tubercules dans l'utérus même. Enfin, la salpingite tuberculeuse se développe sans cause appréciable ; pas de blennorrhagie, pas d'avortement, pas d'accouchement antérieurs ; ou ces causes ne sont que des causes occasionnelles banales, qui n'ont pu que prédisposer à l'affection actuelle.

En somme, jusqu'ici, la symptomatologie des salpingites tuberculeuses est très obscure. Et cependant, il serait essentiel de pouvoir faire le diagnostic exact. Puisque la trompe est le point de départ de la pelvi-péritonite tuberculeuse, pour guérir cette pelvi-péritonite, il faut enlever la trompe, ou la trompe et l'ovaire. Un traitement médical peut avoir raison d'une salpingite chronique, jamais d'une salpingite tuberculeuse. Mais l'opération de L. Tait est une opération grave, sinon *quoad vitam* depuis l'asepsie, du moins *quoad functionem*. Il y aurait donc grand intérêt à avoir de la salpingite tuberculeuse des signes un peu plus certains. Aussi, n'hésitons-

nous pas à publier quelques cas que nous avons pu recueillir, depuis la thèse de Daurios, ou que nous avons personnellement observés ; peut-être de leur étude pourrons-nous déduire quelques signes qui, pourront servir au diagnostic de la salpingite tuberculeuse.

OBSERVATION XLVI

Société de chirurgie 29 octobre 1890

Double salpingite tuberculeuse. — Ablation

M. Reynier. — Il y a une quinzaine de jours entrait dans mon service une femme atteinte d'une pyosalpingite tuberculeuse, dont j'ai fait l'ablation la semaine dernière. La tumeur du côté droit, que je présente, a pu être enlevée dans sa totalité ; quant à celle du côté gauche, elle s'est rompue dans le péritoine dès les premières manœuvres d'exploration. De larges irrigations antiseptiques et une toilette minutieuse de la cavité péritonéale ont été faites, et actuellement la malade est en bonne voie de guérison, sans avoir présenté aucun accident.

M. Bouilly. — Les faits de ce genre, sans être très fréquents, ne sont pas excessivement rares. Pour ma part, j'ai constaté une douzaine de fois de pareilles ruptures, sans suites fâcheuses après nettoyage péritonéal parfait. J'ajouterai, toutefois, que le danger infectieux me paraît tenir bien plus à la nature du pus qu'à son abondance.

(*Bulletin Médical*, 5 novembre 1890 ; p. 978.)

Six observations de Terrillon :

OBSERVATION XLVII

(Terrillon, Congrès de Chirurgie, 1889).

Jeune femme âgée de 29 ans, mère de deux enfants, dont le plus jeune a 7 ans.

Depuis sa dernière couche, elle souffre dans le bas-ventre et a subi presque régulièrement tous les cinq ou six mois une poussée de pelvipéritonite. Depuis quelques mois existent des signes évidents de suppuration profonde du bassin.

Opération le 5 novembre 1888. — On enlève du côté droit un énorme abcès caséeux de l'ovaire qui se rompt dans le péritoine ; la trompe, remplie de pus caséeux est également enlevée. Même lésion du côté gauche. Nettoyage imparfait du péritoine ; drainage. Morte de péritonite après 36 heures.

OBSERVATION XLVIII

Femme âgée de 24 ans, qui a eu un enfant il y a quinze mois. Depuis cette époque, elle souffre continuellement dans le ventre, surtout du côté droit. On sent dans cette région une masse arrondie et douloureuse, occupant le cul-de-sac de Douglas.

Opération le 2 février 1889. — Du côté droit, l'ovaire et la trompe sont adhérents. Ils sont enlevés après détachement. La trompe est grosse comme le pouce, garnie de tubercules ainsi que la surface de l'ovaire ; elle contient du pus caséeux. Le côté gauche semble sain et est laissé en place. — Guérison rapide ; état général excellent et pas de souffrance depuis cette époque.

OBSERVATION XLIX

Femme de 25 ans, qui n'a pas eu d'enfants ni de fausse couche. Elle souffre surtout du côté gauche depuis quatre ans. Amaigrissement ; vomissements continus.

Opération le 2 mars 1889. — On enlève des deux côtés un abcès de l'ovaire et de la trompe. Ces abcès se rompent dans le péritoine. Les parois sont garnies de tubercules, et les abcès remplis de pus caséeux. Lavage ; drainage avec deux

gros drains. — Guérison rapide. La malade a engraissé de plusieurs livres, ne souffre plus et présente encore actuellement une légère fistule à la place d'un des drains.

OBSERVATION L

Femme de 30 ans, ayant eu trois enfants avant l'âge de 23 ans. Depuis cinq ans elle souffre dans le ventre, maigrit ; depuis quelques mois existent des signes évidents de suppuration profonde, surtout à droite.

Opération le 4 mars 1889. — Ablation de la trompe gauche oblitérée, contenant un peu de liquide jaunâtre et garnie de tubercules, ainsi que de l'ovaire correspondant, adhérent. A droite, poche purulente, ponctionnée, vidée, suturée à la paroi abdominale et drainée. Il fut impossible d'enlever cette poche trop adhérente. Une portion de la paroi enlevée était remplie de tubercules. — Guérison rapide ; Amélioration considérable. Fistule persistante pendant trois mois.

OBSERVATION LI

Femme de 26 ans n'ayant pas eu d'enfant. Elle souffre dans le ventre depuis quatre ans, sans cause connue. Les règles sont abondantes et douloureuses.

L'état général s'altère depuis un an avec des symptômes de fièvre hectique.

Opération le 12 avril 1889. — Ablation de deux trompes caséeuses, confondues avec les ovaires et remplies de foyers purulents. La surface péritonéale est couverte de tubercules. Décortication difficile ; drainage. — Guérison ; amélioration de l'état général.

OBSERVATION LII

Femme de 32 ans, qui a eu deux enfants à l'âge de 22 et de 26 ans. Depuis cinq ans seulement elle souffre dans le bas-ventre. Les règles sont très douloureuses ; elle maigrit et a des vomissements presque continus. Elle présente tous les symptômes d'une ovaro-salpingite chronique, de cause inconnue ; état général très satisfaisant.

Opération le 19 juin 1889. — Les deux trompes et les deux ovaires, entourés de fausses membranes, sont recouverts d'un semis de tubercules. On en sent également quelques-uns sur le péritoine voisin. Les deux trompes, grosses comme le petit doigt, tortueuses, sont remplies de liquide jaunâtre. — Guérison rapide. Le malade ne souffre plus et se déclare enchantée du résultat. Les phénomènes gastralgiques surtout ont complètement disparu.

N.-B. — Les examens histologiques de toutes les pièces des observations de M. Terrillon ont été faites par M. Musy, interne du service dans le laboratoire de M. le professeur Cornil.

OBSERVATION LIII

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Chandelux, suppléant M. le professeur L. Tripier

(Recueillie par MM Lyonnet et Fayard, internes des hôpitaux)

Salpingite tuberculeuse. — Péritonite localisée. — Légère ascite. — Ablation des deux trompes.

B..., Marie, 18 ans, tisseuse, née à St-Maurice-sur-Dargoire (Rhône), demeurant à St-Laurent-d'Agny, entre à l'Hôtel-Dieu le 18 mars 1890, salle Ste-Marie, n° 17, dans le service de M. le Dr Humbert Mollière.

Père et mère vivants et bien portants. Quatre sœurs en

parfaite santé. Deux frères et une sœur sont morts en bas âge d'affection indéterminée (un de transport au cerveau).

La malade a eu une bonne santé jusqu'à ces derniers temps. Pas d'accidents scrofuleux dans l'enfance. Vers dix ans, elle a eu une maladie fébrile, sur laquelle elle ne peut donner de renseignements précis. Rougeole quelque temps après.

La menstruation s'est établie à l'âge de quinze ans. Depuis quelque temps, environ deux mois, sont survenus des troubles assez accentués.

Pas de rhumatisme ; pas d'impaludisme. Pas de toux. Pas de palpitations, ni d'essoufflement après un effort.

C'est du mois de septembre 1888 que date l'affection actuelle. A cette époque, elle ressentit dans l'abdomen un point douloureux localisé à peu près exclusivement au flanc gauche ; elle put cependant continuer à travailler. Depuis le mois d'août 1889, le ventre grossit, les douleurs augmentèrent. Aucun trouble digestif ; cependant l'appétit diminua un peu, mais il ne se produisit jamais de vomissements. Les fonctions intestinales s'exécutaient bien ; jamais de diarrhée ni de constipation.

Depuis deux mois, la malade a des pertes à peu près continuelles, mais peu abondantes.

Etat actuel. — Cette jeune fille, à son entrée, se plaint de souffrir dans tout l'abdomen.

L'état général est satisfaisant ; la malade a cependant un peu perdu ses forces. Elle présente sur le milieu du front une mèche de cheveux blancs, particularité héréditaire, d'après ce qu'elle raconte.

A l'examen de la malade, on constate que l'abdomen est tuméfié d'une manière uniforme. L'ombilic est saillant.

La palpation est douloureuse surtout du côté gauche. Par la percussion, on arrive à délimiter une zone de matité située au-dessus de la symphyse du pubis, s'étendant jusqu'à deux travers de doigt environ de l'ombilic. Cette matité est nettement séparée de la matité hépatique par un espace sonore.

Les fosses iliaques ne donnent pas une matité bien nette, on a même plutôt de la sonorité, et surtout à droite.

Par la percussion sur les parties latérales, on n'obtient pas la sensation de flot.

Des mensurations prises le 10 avril donnent les résultats suivants :

Périmètre total en passant par l'ombilic, 80 centimètres ;

D'une épine iliaque à l'autre, 32 centimètres ;

De la symphyse du pubis à l'appendice xiphoïde, 31 centimètres.

Par le toucher vaginal, on sent une tumeur indépendante de l'utérus, et perçue dans le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac latéral droit. Cette tumeur est molle, mais offre certains points indurés. Pas de modification du col.

Rien au cœur.

Rien aux poumons.

Les urines présentent, par l'acide azotique, un très léger disque d'albumine.

12 avril 1890. — *Opération.* La malade est anesthésiée au chloroforme.

On commence par faire une ponction avec l'aspirateur de Potain dans la masse dure que l'on sent par le vagin. Il ne sort aucun liquide.

En examinant le col au spéculum, on voit alors deux petites ulcérations sur les parties latérales de ce col, qui paraissent être des *ulcérations tuberculeuses.*

La palpation de l'abdomen, la malade étant en résolution musculaire, ne permet pas de sentir une tumeur bien nette.

L'hystérométrie pratiquée à ce moment montre que la cavité utérine a une profondeur de 5 centimètres environ.

On fait alors une boutonnière à la ligne médiane de 3 à 4 centimètres environ. On tombe sur un péritoine épaissi, enflammé, qui, incisé, laisse écouler environ un demi-litre d'un liquide ascitique très clair.

L'incision est prolongée jusqu'à l'ombilic. On trouve une cavité bien limitée, tapissée de fausses membranes. Cette

cavité, que l'on peut comparer comme dimensions à une tête d'enfant, laisse voir des anses intestinales complètement recouvertes d'un véritable réseau de fausses membranes.

Les deux trompes sont sinueuses, vermiformes, farcies de tubercules. Elles sont enlevées toutes deux, après ligature de leur pédicule. Il n'y a pas d'hémorrhagie.

On touche quelques fongosités au thermo-cautère.

La toilette péritonéale achevée, on referme l'abdomen à l'aide d'un double plan de sutures.

Pansement antiseptique.

Dans les jours qui suivirent l'opération, la température oscilla entre 38°,2 et 38°,6 ; puis, au bout de huit jours environ, la fièvre dépassa chaque soir 39°, et bientôt, l'on vit au niveau de l'angle inférieur de la ligne de section, les téguments devenir rouges, tendus et douloureux à la pression. On fit alors sauter les trois points de suture inférieurs ; il s'échappa par cet orifice une assez grande quantité de liquide séro-purulent. Un gros drain fut insinué dans cet orifice, et les pansements, à partir de cette époque, furent renouvelés tous les deux jours, en faisant des irrigations dans le drain.

Des oscillations assez grandes furent observées dans la température, qui redevint normale au commencement de juillet, époque à laquelle on put constater une diminution très grande de la cavité suppurante. La malade, en même temps, reprenait de l'appétit et des forces. Vers le *12 août*, la malade put retourner chez elle, une fois le drain enlevé.

Son état général à ce moment était relativement assez bon ; on lui prescrivit un traitement général *(huile de foie de morue, vin phosphaté, sp. d'iodure de fer)*. Néanmoins, en raison de la tuberculisation péritonéale constatée lors de l'opération, le pronostic semblait devoir être très réservé pour l'avenir. (Communication de M. Chandelux, 27 octobre 90). Mais, le 14 novembre 1890, nous recevons, par l'obligeant intermédiaire de M. le D[r] Monin, de Mornant, des nouvelles de M[lle] Marie B... L'état général de notre opérée est aussi bon que possible, elle a engraissé ; pris des

couleurs, son appétit est bon, et le sommeil parfait. Depuis sa sortie de l'hôpital, amélioration de jour en jour. Elle n'a pas de fièvre. Les règles n'ont jamais reparu. Elle ne tousse pas. Quelques râles dans les poumons.

Etat local. — Toujours un peu de suppuration, autour d'un petit drain qu'elle a continué à porter.

C'est là un exemple remarquable de l'efficacité d'une intervention hâtive; nous ferons observer qu'au cours de la laparotomie, on a constaté que le péritoine était couvert de fausses membranes, mais non de granulations. Le diagnostic de tuberculose était d'ailleurs rendu certain par la présence d'ulcérations tuberculeuses du col utérin.

Cette observation était déjà livrée à l'impression, lorsque le 23 novembre 1890, nous avons pu nous-même nous rendre compte de l'état de Mlle B... .

Etat général bon; teint frais, joues pleines; thorax cependant un peu amaigri, ainsi que les membres. Abdomen légèrement ballonné, très petite ouverture par laquelle suinte encore un peu de pus. Néanmoins, aucune douleur spontanée, ni provoquée. Digestions bonnes, appétit normal. La malade dit ne pas tousser. Cependant, à l'examen des poumons, on constate au sommet droit en arrière, de la submatité, de l'expiration soufflante, de légers frottements pleuraux, et quelques petits craquements fins dans les grandes inspirations et les efforts de toux; en avant, à gauche, submatité, retentissement des bruits du cœur, pas de bruit anormal.

OBSERVATION LIV.

(Malade operée par M. Chandelux.)

(Observation personnelle).

(Recueillie grâce à l'obligeance de M. le professeur Teissier, et de MM. Doyon et Toussaint, internes des hôpitaux).

P..., 45 ans, salle Montazet, à l'Hôtel-Dieu. Entrée le 2

octobre 1890. Père mort à 65 ans d'une maladie indéterminée, probablement phtisique. Mère morte à 52ans, hydropique.

Deux frères âgés, l'un de 54 ans, en bonne santé ; l'autre, âgé de 48 ans, tousse et a eu plusieurs bronchites. Une sœur est morte accidentellement des suites d'une chute.

Elle a eu à 21 ans une fille qui, actuellement âgée de 20 ans, est en bonne santé. Cette enfant est venue à terme, la grossesse a été normale. Jamais de fausses couches.

Santé médiocre dans son enfance : quelques manifestations scrofuleuses, telles que maux d'yeux ; pas d'éruption du cuir chevelu ; pas d'engorgements ganglionnaires ; angines fréquentes. Variole à 16 ans ; pas d'autre maladie éruptive. Pas de rhumatismes ; pas de syphilis ni d'alcoolisme. Jamais de blennorrhagie.

Réglée à 17 ans, elle l'a été assez régulièrement depuis, en moyenne tous les 15 jours ; écoulement peu abondant, peu coloré, durant deux jours, rarement trois ; leucorrhée frequente ; *métrorrhagies* il y a 18 mois, à la suite desquelles survint de l'aménorrhée durant 5 mois ; de mai à juin 1890, menstruation de nouveau régulière.

Depuis l'âge de 29 ans environ, elle est sujette à s'enrhumer au printemps ou en hiver. Depuis cette époque elle a eu trois bronchites consécutives ; dans la même année : toux, hémoptysie, sueurs nocturnes ; en octobre de la même année, à la suite de sa deuxième bronchite, dit-elle, elle contrata, après un bain froid, une péritonite, (coliques atroces, ventre ballonné, vomissements), qui dura sept semaines environ. Ensuite, bonne santé pendant sept ans. Alors, apparition de douleurs abdominales très vives, avec épreintes vésicales très pénibles ; il se serait à ce moment formé dans le petit bassin un abcès qui se serait ouvert dans la vessie : elle urina des flots de pus, pendant huit jours (1/4 de vase les premiers jours, quantité moindre les sept jours suivants). En même temps, douleurs sourdes, *utérines*, et leucorrhée assez abondante (1882). Depuis 4 ans, règles douloureuses, peu abon-

dantes et suivies de leucorrhée. Il y a un an, début de la maladie actuelle, par des symptômes aigus : fièvre, augmentation de volume du ventre ; celui-ci était si douloureux qu'il ne pouvait supporter le poids des couvertures ; vomissements ; elle resta au lit une quinzaine de jours. Depuis lors, amélioration relative : la malade put se lever, mais les douleurs persistaient, malgré deux saisons à Néris. Au mois de mai elle consulta M. Laroyenne qui lui ordonna des bains très chauds et interdit les injections. En octobre elle entre à l'hôpital.

A l'entrée, ventre augmenté de volume, ressemblant à celui d'une femme au cinquième mois de la grossesse ; l'augmentation de volume porte surtout sur le côté gauche. Douleurs abdominales ; constipation, vomissements fréquents. Sueurs nocturnes; pas de toux.

La tumeur est manifestement fluctuante, mate à la percussion, sans déplacement de la matité par les changements d'attitude, tumeur limitée, saillante, que l'on peut facilement circonscrire à la palpation ; presque immobile ; il semble cependant que de faibles mouvements de latéralité peuvent lui être imprimés ; ces légers mouvements se transmettent à l'utérus (exploration bimanuelle). Cette tumeur, qui à la palpation abdominale, paraît remplir tout le petit bassin, est perceptible au toucher vaginal ; elle occupe les deux culs-de-sac latéraux et le cul-de-sac postérieur.

L'utérus est fixé, le col dévié et maintenu à gauche. Par le toucher rectal, on sent une masse énorme comprimant le rectum et le sacrum. Opération par M. le docteur Chandelux, agrégé.

27 octobre 1890. — Dans le but de reconnaître la nature du liquide et contrairement à la règle habituelle, une ponction exploratrice fut faite et permit de retirer un liquide citrin en quantité assez considérable et très albumineux. En raison de l'inconvénient que peuvent présenter ces ponctions, au point de vue de l'issue dans le péritoine d'une certaine quantité de liquide, une fois l'aiguille enlevée, s'il s'agit par

exemple d'un kyste tubaire non adhérent à la paroi, l'incision fut pratiquée immédiatement, au niveau de la fosse iliaque gauche. On pénètre dans une vaste cavité d'où s'échappe en assez grande abondance 4 à 500 grammes d'un liquide semblable à celui retiré par la ponction et ne renfermant ni grumeaux ni concrétions fibrineuses. La poche limitée, par de faibles adhérences en haut, a cédé, et les intestins venaient faire hernie par la plaie.

On les refoule et on pose 3 points de suture au catgut fort, comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale et le péritoine. Avec le doigt, on avait senti des masses dures entourant et immobilisant l'utérus, trés probablement des masses tuberculeuses.

7 novembre 1890. La malade souffre un peu en urinant. Il lui semble que les douleurs abdominales aient augmenté depuis l'opération, mais le ballonnement a disparu, l'appétit n'est pas revenu, les vomissements ont cessé ; l'œdème des membres inférieurs a disparu.

La langue est saburrale, la T. R. depuis l'opération oscille entre 37° 3 et 37° 5 ; la malade dit avoir eu un peu de fièvre avant son entrée.

Le pouls est un peu faible. La malade répond bien aux questions ; elle n'a pas le faciès grippé.

Les injections de morphine qui étaient habituelles auparavant, n'ont plus été nécessaires depuis l'opération.

15 novembre — La malade va assez bien ; réunion par première intention ; néanmoins le bas-ventre est toujours tuméfié du côté gauche ; on sent un peu de fluctuation limitée à ce niveau, La malade est encore en observation.

A ces observations, nous joindrons le résumé de quelques autres, recueillies dans diverses publications :

OBSERVATION LV

TRZEBICKY

TRZEBICKY (1) cite le cas d'une femme de 48 ans, atteinte de tuberculose de la trompe et du péritoine, avec ascite enkystée. Laparotomie. — Résection de la trompe. Guérison observée pendant deux ans et 9 mois. — Malade opérée par Mikulicz.

OBSERVATION LVI

SPÆTH

SPÆTH (2) cite le cas d'une femme de 35 ans, atteinte de tuberculose primitive, et asciste enkystée. Double salpingo-oophorectomie ; du côté droit, le kyste tubaire, purulent, se rompt dans le péritoine. Néanmoins, guérison opératoire au bout de trois mois. Mort par phtisie pulmonaire. — Cette malade avait présenté, comme symptômes particuliers, des douleurs au niveau du bas-ventre, des ménorrhagies, puis des métrorrhagies abondantes.

OBSERVATION LVII

SPÆTH

Un deuxième cas de SPÆTH est relatif à une femme de 43 ans, atteinte de tuberculose diffuse du péritoine, ayant son point de départ dans une affection analogue des trompes et des ovaires ; on ne peut enlever les trompes ; la malade mourut peu de temps après, avec de la tuberculose intestinale.

(1) TRZEBICKY. — Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. *Wiener Mediz. Wochenschrift*, 1888 ; pp. 182 et 214.

(2) *Loc. cit*

OBSERVATION LVIII

CZERNY

F..., 48 ans. Tuberculose primitive des organes génitaux, tumeur dans le cul-de-sac de Douglas ; on se borne à l'inciser. Cinq semaines après, mort de tuberculose miliaire.

OBSERVATION LIX.

CZERNY

Malade de 47 ans, métrorrhagies fréquentes. Tumeur du volume d'une tête d'enfant dans le cul-de-sac de Douglas. Laparotomie. Tuberculose caséeuse du péritoine avec un peu d'ascite libre ; tuberculose des ovaires et des trompes, très adhérente, ablation. Déchirure intestinale ; suture. Fistule intestinale. — Mort. Autopsie : tuberculose pulmonaire avancée ; beaucoup de tubercules du péritoine et de l'utérus.

OBSERVATION LX

CZERNY

Mme L..., 25 ans : douleurs du bas-ventre, ascite, tumeur analogue à un kyste de l'ovaire. Ostéo-arthrite du coude, résection le 19 décembre 1887. Le 5 novembre 1888, laparotomie, masses caséeuses de la trompe, de l'ovaire ; des deux côtés, adhérences multiples ; toilette péritonéale ; réunion. — Mort le 18 février 1889, par progression de la tuberculose péritonéale.

Dans la thèse de Maurange, nous trouvons analysées :
Une observation de Hegar,

OBSERVATION LXI

HEGAR

(VIII, Maurange), castration pour une tuberculose génitale. Guérison ;

Une de Mary Snoddy Whetstone :

OBSERVATION LXII

WHETSTONE

Femme de 20 ans, salpingite kystique, tuberculeuse ; on ouvre la tumeur sans l'enlever ; le péritoine est épaissi et recouvre des anses intestinales agglutinées ; la malade meurt six semaines après de généralisation ;

Une d'Homans :

OBSERVATION LXIII

HOMANS

Jeune fille de 17 ans, salpingite tuberculeuse avec ascite ; ablation de la trompe et de l'ovaire malades. Guérison ;

Une de Pepper :

OBSERVATION LXIV

PEPPER

Tumeur dans la fosse iliaque, rien aux poumons : laparotomie. On enlève deux tumeurs fluctuantes (trompes ?). Guérison rapide ;

Une première, de Mayo Robson (obs. LXV) : Jeune fille de 16 ans, aménorrhée. Tumeur fluctuante de la région abdomi-

nale inférieure, avec ascite multiloculaire; l'intestin est criblé de granulations miliaires. On enlève la trompe. Mort un mois après de tuberculose généralisée.

Une deuxième, du même auteur (obs. LXVI) : Femme de 31 ans. Tumeur pelvienne, diagnostiquée pyosalpingite gauche. Granulations miliaires sur le péritoine. La tumeur ne peut pas être enlevée. Ponction ultérieure du cul-de-sac gauche; issue de liquide fétide. Quelques mois après, la santé de la malade n'était pas très forte; on n'a pas eu de ses nouvelles.

Enfin, nous rappellerons pour mémoire les deux observations publiées par M. Chandelux dans la *Province médicale* du 2 novembre 1889.

Dans la première (obs. LXVII), il s'agissait d'une pyosalpingite tuberculeuse, avec péritonite tuberculeuse. On arrive sur un péritoine très épaissi; un fois le feuillet pariétal incisé, on reconnaît de nombreuses adhérences des anses intestinales entre elles; granulations nombreuses disséminées sur tous les organes de la cavité abdominale ; à gauche, dans l'excavation pelvienne, tumeur tubaire, que l'on n'enlève pas à cause de la généralisation abdominale ; on se borne à décoller les adhérences. Mort deux mois après d'une tuberculose à marche aiguë;

Dans un deuxième cas (obs. LXVIII), il s'agit d'une péritonite ascitique enkystée, symptomatique d'une salpingo-ovarite tuberculeuse et végétante : on fait la laparotomie ; liquide ascitique citrin ; anses intestinales agglutinées. Trompe et ovaire droits ulcérés, végétants, fongueux, reconnus tuberculeux ultérieurement, ainsi, d'ailleurs, que dans la plupart des observations que nous venons de résumer et où on a fait l'ablation des annexes. Dans le cas de M. Chandelux, la réunion s'est faite assez rapidement, malgré des pinces hémostatiques placées à demeure pendant les premiers jours pour arrêter une hémorrhagie opératoire. Trois mois après la malade avait repris ses forces, mais ensuite elle se serait mise à tousser et à maigrir. Il a été impossible d'avoir des

renseignements ultérieurs, mais il est à craindre, dit M. Chandelux, que ces phénomènes ne fussent le début d'une tuberculose pulmonaire.

Telles sont les 23 observations que nous avons pu recueillir personnellement, ou que nous avons trouvées analysées dans la thèse de Maurange.

Dans tous ces cas de tuberculose génitale primitive, le péritoine était plus ou moins atteint : épaississement, exsudats pseudo-membraneux, épanchement ascitique ou enkysté, ou multiloculaire. Ces processus réactionnels du péritoine étaient, en général, localisés et, en tous cas, toujours prépondérants sur le péritoine pelvien ; nous sommes donc fondé à dire que, dans tous ces cas, il y avait de la pelvi-péritonite tuberculeuse, secondaire à une tuberculose génitale (1). Mais on peut diviser ces observations en deux catégories : dans les unes, les phénomènes péritonéaux étaient au début, il s'agissait souvent de phénomènes réactionnels d'apparence inflammatoire, et non franchement tuberculeuse; la tuberculose génitale était au premier plan, encore localisée jusqu'à un certain point à son lieu d'origine ; c'est dans ces cas qu'on a obtenu une guérison, grâce à une intervention radicale, qui a supprimé le foyer d'infection ; — dans une autre classe, la maladie avait évolué, il s'était formé une ascite généralisée ou enkystée, le péritoine dominait la scène : c'est alors que l'intervention a été ou impossible, ou inefficace, la généralisation étant déjà faite ou en voie de se faire.

En effet, sur ces 23 observations, on note 13 guérisons, toutes corrélatives à une ablation des annexes. Les 6 cas d'ouverture simple se sont terminés 5 fois par la mort, dans un cas la malade est encore en observation (Obs. LIV, M. Chandelux). Quant aux 4 décès consécutifs à des ablations

(1) Au reste, les lésions péritonéales sont la règle dans toutes les salpingo ovarites, de quelque nature qu'elles soient. V. sur ce point, la thèse de Mordret, *Salpingo-Ovarites*, Paris, 1890.

d'annexes, ils sont dûs, dans un cas de Czerny (Obs. LVII), à ce que l'ablation fut très difficile, en raison de l'adhérence intime de la poche; il y eut des déchirures intestinales, la malade mourut d'une fistule stercorale.

Dans un cas de Spæth (Obs. LXIX), le péritoine était déjà envahi par la tuberculose avant l'opération ; dans celui de Terrillon (Obs. XLVII), il y eut une rupture d'un kyste purulent, et péritonite septique ; dans une observation de Robson (Obs. LXIV), de la péritonite tuberculeuse, manifestement avancée, existait déjà avant l'opération ; dans la deuxième observation de Robson (Obs. LXV), il y avait aussi de nombreuses granulations sur le péritoine. La mort n'est pas certaine.

Quelques-unes de ces guérisons, il faut bien le dire, datent de peu d'années. Les observations analogues à celles de l'Obs. LIII, de M. Chandelux, où la lésion pulmonaire a progressé, alors que l'état local était guéri, seront-elles nombreuses à l'avenir? C'est un point sur lequel il est permis de rester hésitant.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'intervention est précoce, la guérison semble pouvoir être obtenue dans quelques cas, de même que, ainsi que l'a dit Terrillon, lorsque par la castration on supprime un foyer tuberculeux épididymaire, on peut souvent enrayer la marche envahissante du processus tuberculeux (1).

(1) L'étude de nos observations conduit aussi à conclure, de la fréquente coïncidence de lésions tuberculeuses du péritoine, à l'origine fréquemment génitale de la tuberculose chez la femme. C'est l'opinion de Lindfors, *loc. cit.*, pour qui, dans la grande majorité des cas, l'infection se fait par la voie génitale. Ce fait explique aussi la plus grande fréquence de la tuberculose chez la femme ; fréquence évidente dans la statistique du service de M. Bard (v. plus haut), et aussi dans celle de Lindfors : 109 cas, 100 femmes et 9 hommes. Parmi les observations que nous avons signalées comme péritonites tuberculeuses généralisées, beaucoup sans doute était primitivement génitales, sans qu'on puisse l'affirmer, car, dans ces cas, l'affection péritonéale dominait la scène.

Mais cette intervention doit être précoce, pour être efficace. C'est donc du diagnostic que dépend le pronostic de l'affection considérée. Le diagnostic de pelvi-péritonite tuberculeuse, ou mieux de salpingite tuberculeuse est-il donc possible ?

M. le professeur agrégé Chandelux qui a bien voulu nous aider de ses conseils pour la rédaction de ce chapitre, croit que ce diagnostic est possible dans la majorité des cas : il y a d'abord les signes indiqués par Terrillon et qui ont tous une grande valeur, les poussées pelvi-péritonitiques en particulier ; en outre, dans plusieurs observations, on a noté des métrorrhagies sans cause apparente, des douleurs sourdes dans le bas-ventre, à caractère parfois comme expulsif. Au toucher, on a une sensation spéciale d'empâtement bosselé dans les culs-de-sac, dans le cul-de-sac de Douglas, particulièrement, quelquefois cet empâtement entoure complètement le col ; la rénitence est moins franche que dans les pyosalpinx ordinaires ; c'est là, dit M. Chandelux, une question de doigté ; lorsqu'on a eu l'impression tactile d'une pyosalpingite tuberculeuse, il est possible de la reconnaître ensuite. Quelquefois, comme dans l'observation LXIII, on peut reconnaître l'existence d'une *ulcération tuberculeuse du col qui tranche le diagnostic.*

Enfin, la salpingite, à un certain moment de son évolution, s'accompagne généralement d'ascite enkystée, localisée à la région inférieure du ventre ; il ne s'agit pas d'un kyste de l'ovaire, les renseignements au toucher, au palper bimanuel le disent ;

en outre, il y a en général des adhérences intestinales et des gargouillements intestinaux limités, qui n'existent pas dans le kyste de l'ovaire. Une affection pourrait prêter à erreur, c'est la tumeur végétante du petit bassin (1), qui, elle aussi, s'accompagne d'ascite; à part les symptômes généraux, nous reconnaissons que le diagnostic serait très difficile. Quoi qu'il en soit, c'est avec le pyosalpinx qu'on a le plus souvent à le faire ; nous croyons, en résumé, que les sensations spéciales perçues au toucher, que l'existence de métrorrhagies, d'une ascite enkystée, et de phénomènes généraux, souvent plus graves que ne semblerait le comporter la lésion des annexes, peuvent faire penser à une salpingo-ovarite tuberculeuse.

Alors, ainsi que nous l'avons vu, l'intervention s'impose dans la majorité des cas, lesquels sont apyrétiques. Toutefois, de même qu'il existe une épidymite tuberculeuse aiguë, bien décrite par Reclus, de même aussi peut-on observer une salpingite tuberculeuse, à marche rapide, fébrile; on ne doit pas opérer.

La température ici encore est donc une contre-indication, qu'elle soit sous la dépendance de la lésion pelvienne, comme dans le cas que nous venons d'envisager, ou qu'elle dépende d'une lésion pleurale ou pulmonaire concomitante.

Cependant la température elle-même, inversement, peut constituer une indication urgente, dans le cas où elle est symptomatique d'une collection purulente. Ces collections sont elles-mêmes de deux ordres :

1° Ou bien une fonte purulente aiguë produite dans une

(1) Wacquez. Tumeurs végétantes de l'ovaire, Par is, 1890.

trompe anciennement tuberculeuse (pyosalpinx tuberculeux aigu, surajouté à une ancienne tuberculose des annexes);

2° Ou bien un ramollissement et une fonte purulente de nodules tuberculeux, péritonéaux, épiploïques, mésentériques, ganglionnaires, ou autres; c'est alors la véritable pelvipéritonite tuberculeuse suppurée.

Dans ces deux cas, l'indication d'évacuer le pus domine toute la thérapeutique.

L'opération doit être radicale, avons-nous dit, en règle générale; cependant, dans quelques cas, elle ne doit pas l'être; c'est lorsque la poche est trop adhérente, trop volumineuse, on risquerait des déchirures graves, comme dans une observation de Czerny, ou lorsque la généralisation péritonéale est trop avancée; ce sont ces cas qui ont donné des décès après l'ablation des annexes; c'est dans un cas analogue (LXVI) que M. Chandelux s'est justement abstenu. C'est dans des cas analogues aussi que dans deux observations qu'a eu l'obligeance de nous communiquer notre ami M. Audry et que nous ne pouvons reproduire faute de place, que M. Goullioud, suppléant M. Laroyenne, a cru ne pas devoir intervenir. L'autopsie en montrant l'étendue des lésions a justifié cette conduite prudente. Si l'utérus, à la laparotomie, offrait une tuberculose évidente, l'hystérectomie, croyons-nous, ne serait pas indiquée. L'état général de la malade l'empêcherait probablement de bénéficier d'une opération aussi grave.

CONCLUSIONS

I. — Pour juger de la valeur d'un traitement quelconque de la péritonite tuberculeuse, il faut envisager séparément son action, chez l'enfant et chez l'adulte, dans chacune des formes cliniques.

II. — Chez l'adulte, la péritonite à forme fibreuse, avec ou sans épanchement, guérit quelquefois, par le seul traitement médical ; elle guérit plus souvent chez l'enfant.

La péritonite à forme ulcéreuse ne guérit qu'exceptionnellement, et chez l'enfant seulement. La forme granulique est fatale.

III. — L'intervention chirurgicale, de même, ne paraît jusqu'à présent susceptible de guérir que les formes fibreuses et en particulier la variété ascitique, mais elle guérit cette forme plus sûrement, plus rapidement que le traitement médical, et épargne au

malade les dangers immédiats de l'ascite, et de ses complications.

IV. — Pour être efficace, l'intervention doit être précoce.

V. — L'intervention qui n'a qu'une valeur palliative dans la forme ulcéreuse suppurée, est contre-indiquée dans les formes ulcéreuse sèche et granulique, Elle est contre-indiquée, même dans la forme ascitique, par des lésions pulmonaires avancées, par des symptômes de tuberculose intestinale, par un épanchement pleurétique et enfin par une fièvre sans cause appréciable, indice d'une généralisation imminente.

VI. — L'asepsie est de rigueur dans le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, comme dans toute laparotomie.

VII. — L'occlusion intestinale au cours d'une péritonite tuberculeuse est une indication d'urgence de la laparotomie.

VIII. — La méthode de la ponction, suivie de lavage, ne s'appuie pas sur un nombre suffisant d'observations pour qu'on puisse apprécier sa valeur.

IX. — La laparotomie agit, dans la forme ascitique, en provoquant une évolution fibreuse des tubercules.

X.—Les affections des trompes sont la cause la plus habituelle des pelvipéritonites tuberculeuses ; d'autre part, cette inflammation tuberculeuse du petit bassin peut gagner la grande cavité péritonéale. Par conséquent, pour guérir la pelvipéritonite tuberculeuse, et prévenir la généralisation au péritoine et à toute l'économie, il faut enlever les annexes. Le point difficile est de diagnostiquer la nature tuberculeuse de la salpingite. Il existe, cependant, quelques caractères qui différencient la salpingite tuberculeuse des salpingites inflammatoires chroniques. En fait, ce diagnostic a rarement été fait d'une façon suffisamment précoce, et il existe peu d'observations où les malades aient été assez longtemps suivies pour qu'on puisse affirmer l'absence de toute lésion tuberculeuse d'un autre organe. Il en existe plusieurs où le processus tuberculeux a poursuivi sa marche, en un autre point de l'économie, le poumon notamment, alors que la guérison locale s'est maintenue.

TABLE DES MATIÈRES

3118 —Imprimerie Nouvelle Lyonnaise, rue Ferrandière, 52.